

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE –
UFCSPA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENSINO NA SAÚDE - PPGENSAU**

Guilherme Emanuel Weiss Pinheiro

**EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE E SUAS IMPLICAÇÕES NO PROCESSO
DE TRABALHO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Porto Alegre – RS

2017

Guilherme Emanuel Weiss Pinheiro

**Educação Permanente em Saúde e suas implicações no processo
de trabalho na Atenção Primária à Saúde**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Ensino na Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Andrea Wander Bonamigo

Co-orientador: Prof. Dr. Marcelo Schenk de Azambuja

Área de concentração: Integração Ensino e Serviços de Saúde na Formação Profissional

Linha de pesquisa: Integração Universidade, Serviço de Saúde e Comunidade.

Porto Alegre

2017

Catlogação na Publicação

Weiss Pinheiro, Guilherme Emanuel

Educação Permanente em Saúde e suas implicações no processo de trabalho na Atenção Primária à Saúde / Guilherme Emanuel Weiss Pinheiro. -- 2017.

123 f. : 30 cm.

Dissertação (mestrado) -- Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde, 2017.

Orientador(a): Andrea Wander Bonamigo ;
coorientador(a): Marcelo Schenk de Azambuja.

1. Educação Continuada. 2. Saúde da Família.
3. Atenção Primária à Saúde. I. Título.

FOLHA DE APROVAÇÃO

GUILHERME EMANUEL WEISS PINHEIRO

EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE E SUAS IMPLICAÇÕES NO PROCESSO
DE TRABALHO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado Profissional do Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ensino na Saúde.

Aprovado em Porto Alegre –RS, 1º de fevereiro de 2017.

BANCA EXAMINADORA

Profª Dra. Cristianne Maria Famer Rocha
PPGCOL – UFRGS

Prof. Dr. Airton Tetelbom Stein
PPGCS –UFCSPA

Profa. Dra. Aline Winter Sudbrack
PPGEnSau –UFCSPA

Dedico este trabalho a minha mãe que superando todas as dificuldades sempre priorizou e garantiu o estudo, o qual sou eternamente grato. Nem que eu viva mais de cem vidas jamais conseguirei pagar por tudo. Isso tudo é pela senhora, minha mãe!

Agradecimentos

Primeiramente à Deus, Pai-Mãe nosso, criador e luz do universo que sempre me deu forças para lutar diariamente pelos meus sonhos.

À minha mãe, mulher guerreira, inspiração fundamental, pelo sopro da vida, pelos sacrifícios e pelas oportunidades.

À minha esposa, pela compreensão da ausência, pelo ombro amigo e por aceitar lutar ao meu lado diariamente.

À minha família, que como todas as famílias tem seus defeitos e suas qualidades necessárias à vida e é base para todas as minhas ações.

Aos amigos e colegas de trabalho, atores dessa pesquisa, companheiros na militância no SUS e na construção da Educação Permanente em Saúde.

À Secretaria Municipal da Saúde de Arvorezinha e à gestão municipal, pela disponibilidade, parceria e trabalho coletivo.

Aos orientadores, sempre dispostos e disponíveis para auxiliar na trajetória do mestrado. Além do mais, grandes parceiros e exemplos de profissionais engajados que me guiaram durante esse percurso.

Aos colegas de mestrado, pelos aprendizados construídos coletivamente, pelas discussões e pela companhia nos finais de semana.

Aos professores do PPGENSAU/UFCSPA, verdadeiros mestres e exemplos de postura ética, comprometida, crítica e reflexiva, que me guiaram na trajetória.

À banca pela disponibilidade de acompanhar esse momento tão importante e poder contribuir na qualificação deste trabalho.

À todos (as) aqueles (as) que de uma forma ou de outra contribuíram em minha trajetória, me tornando uma pessoa melhor, um profissional comprometido e um militante em defesa do SUS.

*“As palavras me antecedem e ultrapassam,
elas me tentam e me modificam,
e se não tomo cuidado será tarde demais:
as coisas serão ditas sem eu as ter dito.
Ou, pelo menos, não era apenas isso.
Meu enleio vem de que um tapete é feito de tantos fios
que não posso me resignar a seguir um fio só;
meu enredamento vem de que uma história é feita de muitas histórias.
E nem todas posso contar. ”*

(Os desastres de Sofia em Felicidade Clandestina – Clarice Lispector)

PINHEIRO, G. E. W. P. **Educação Permanente em Saúde e suas implicações no processo de trabalho na Atenção Primária à Saúde**. Dissertação [Mestrado Profissional em Ensino na Saúde]. Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre. Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde. Porto Alegre, 2017.

Educação Permanente em Saúde e suas implicações no processo de trabalho na Atenção Primária à Saúde

Resumo

A Educação Permanente em Saúde é entendida como a aprendizagem no trabalho, a partir das vivências dos sujeitos e baseada no cotidiano dos serviços, tem a finalidade de transformar a realidade por meio da qualificação da prática profissional e da organização dos serviços de saúde. Esta dissertação de mestrado tem por objetivo geral o de analisar como a Educação Permanente em Saúde, com ênfase no processo de trabalho, pode afetar o trabalho em saúde no contexto da Atenção Primária à Saúde. Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa, que utilizou a técnica da pesquisa-ação para alcançar seus objetivos. Os participantes foram 33 profissionais de diferentes níveis de formação. A coleta de dados ocorreu a partir de um questionário autoaplicável sobre o processo de EPS, de dois encontros dos seminários e um encontro de avaliação, os quais seguiram as fases da pesquisa-ação. Os dados foram tratados por análise temática. O cenário deste estudo foi o município de Arvorezinha situado no Alto do Vale do Taquari no Rio Grande do Sul, que conta com três equipes da Estratégia Saúde da Família e com duas equipes de apoio matricial. Os resultados foram divididos em quatro eixos: cartografia da gestão e da EPS, as facilidades e dificuldades vivenciadas no processo de EPS, contribuições da EPS para o processo de trabalho e a pesquisa-ação. Como produto dessa pesquisa-ação, foi construída coletivamente e implantada a Política Municipal de Educação Permanente em Saúde e o Primeiro Número do Boletim Informativo de Educação Permanente em Saúde. Para tanto, conclui-se que a Educação Permanente é responsável por transformações na realidade local, a partir da criação de dispositivos operantes de educação no trabalho o que favoreceu a mudanças nos processos de trabalho e nas mais variadas relações no contexto da Atenção Primária à Saúde, levando a uma consequente qualificação da assistência prestada pelas equipes de saúde do município.

Palavras-chaves: Educação Continuada. Saúde da Família. Atenção Primária à Saúde.

Permanent Education in Health and its implications in the work process in Primary Health Care

Abstract

The Permanent Education in Health is understood as learning at work, from the subjects' experiences and based on the daily services, has the purpose of transforming the reality through the qualification of the professional practice and the organization of health services. This master's thesis has the general objective of analyzing how the *Educação Permanente em Saúde (EPS)* [Permanent Education in Health], with emphasis in the work process, can affect the work in health in the context of the Primary Attention to Health. It's a research with a qualitative approach that used the research-action technique to achieve its goals. The participants were 33 professionals from different levels of training. The data collection occurred from a self-administered questionnaire about the EPS process, two seminar meetings and an evaluation meeting, which followed the phases of the action research. The data were treated by thematic analysis. The setting of this study was *Arvorezinha* municipality, located in *Alto do Vale do Taquari* in *Rio Grande do Sul*, which has three Family Health Strategy teams and two Matrix Support teams. The results were divided into four axes: cartography of the management and EPS, the facilities and difficulties experienced in the EPS process, EPS contributions to the work process and action research. As a product of this action research, the Municipal Policy for Permanent Education in Health was collectively constructed and implemented. To this end, it's concluded that Permanent Education is responsible for transformations in the local reality, from the creation of education operative devices in work which favored changes in the work processes and in the most varied relationships in the context of Primary Health Care, leading to a consequent qualification of the care provided by the health teams of the municipality.

Keywords: Education Continuing. Family Health. Primary Health Care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Mapa do Município de Arvorezinha _____	31
Figura 2	Estrutura organizacional _____	35
Figura 3	Esquema de atividades _____	39
Figura 4	Quadro síntese _____	72

LISTA DE ABREVIATURAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIR	Comissão Intergestores Regional
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CRS	Coordenadoria Regional de Saúde
DAB	Departamento de Atenção Básica
DAS	Departamento de Ações em Saúde
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
ESP/SES/RS	Escola de Saúde Pública / Secretaria Estadual da Saúde
GPABA	Gestão Plena de Atenção Básica Ampliada
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
NAAB	Núcleo de Apoio à Atenção Básica
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NUMESC	Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva
NURESC	Núcleo Regional de Educação em Saúde Coletiva
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPS	Organização Pan-Americana de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PEC	Prontuário Eletrônico do Cidadão
PMAQ/AB	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade
PMEPS	Política Municipal de Educação Permanente em Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

PPGEnSau	Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde
PROVAB	Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica
PSE	Programa Saúde na Escola
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAS	Rede de Atenção à Saúde
REP	Rodas de Educação Permanente
RESC	Rede de Educação em Saúde Coletiva
RS	Rio Grande do Sul
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SES/RS	Secretaria Estadual da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul
SGETS/MS	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde
SISAB	Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica
SISREG	Sistema de Regulação
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFCSPA	Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre
UFFS	Universidade Federal da Fronteira Sul
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
USF	Unidade de Saúde da Família
VERSUS	Vivências e Estágios na Realidade do SUS

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO _____	12
2	OBJETIVOS _____	16
2.1	Objetivo Geral _____	16
2.2	Objetivos Específicos _____	16
3	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA _____	17
3.1	A Atenção Primária à Saúde e a Educação Permanente em Saúde _____	17
3.2	As práticas de Educação Permanente no Brasil _____	19
4	METODOLOGIA _____	24
4.1	Tipo de Pesquisa _____	24
4.2	Geração de Dados _____	26
4.3	Caracterização do Local de Pesquisa _____	27
4.4	Participantes _____	27
4.5	Procedimentos Éticos _____	28
4.6	Análise dos Dados _____	29
5	RESULTADOS E DISCUSSÕES _____	30
5.1	Cartografia da gestão e da EPS _____	30
5.1.1	Arvorezinha: o contexto do município e do seu povo _____	30
5.1.2	O desenho do SUS no Município _____	31
5.1.3	A gestão em saúde organizando o trabalho _____	34
5.1.4	As Redes de Atenção à Saúde (RAS) e ações no Município _____	36
5.1.5	Construções da ESF e da APS no Município _____	40
5.1.6	Reivindicação das Políticas Públicas de Saúde _____	42
5.1.7	NUMESC: dispositivo de organização da EPS _____	43
5.2	As facilidades e dificuldades vivenciadas no processo de EPS _____	48
5.3	Contribuições da EPS para o processo de trabalho _____	56
5.3.1	Contribuições da EPS no processo de trabalho junto aos usuários _____	56
5.3.2	Contribuições da EPS no processo de trabalho com a equipe _____	61
5.3.3	Contribuições da EPS na relação com a gestão _____	65
5.4	Pesquisa-ação _____	68
5.4.1	Diagnóstico: experimentando dificuldades e construindo com elas _____	68
5.4.2	Planejamento: aprender para transformar a realidade _____	70
5.4.3	Do fazer ao avaliar: refletindo sobre a prática em EPS _____	73
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS _____	76
	REFERÊNCIAS _____	80
	APÊNDICES _____	87
	ANEXOS _____	112

1 INTRODUÇÃO

A educação e a saúde são fenômenos sociais que estão inseridos no cotidiano das sociedades. Assim, são conceitos inseparáveis e ao mesmo tempo interdependentes, pois caracterizam necessidades sociais, que possuem caráter político-social, uma vez que são direitos do povo e dever do Estado (ARTEAGA RODRÍGUEZ; KOLLING; MESQUIDA, 2007). Assim sendo, é necessário compreender as dimensões próprias destes dois conceitos, os quais se mesclam em nossas vidas. Desde o momento em que vivenciamos algo importante com nossos pais, repetindo algumas ações, por exemplo, já estamos implicados no processo de aprender. Nesse sentido, diferentes autores apresentam-nos entendimentos e teorias sobre o nosso desenvolvimento educacional e as suas relações com a saúde.

No Brasil, os serviços de saúde vêm desenvolvendo uma articulação entre estes dois conceitos, a Educação Permanente em Saúde (EPS), considerada pelo Ministério da Saúde como aprendizagem no trabalho, em que ensinar e aprender são incorporados ao cotidiano, baseando-se na aprendizagem significativa e tendo como objetivo transformar a realidade local das práticas profissionais e da organização do trabalho (BRASIL, 2014).

Corroborando a isso, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), em seu 1º ciclo, teve a participação de 17.202 equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), totalizando 70,7% de adesão dos municípios. Os profissionais foram questionados sobre a existência de ações de Educação Permanente em Saúde na Atenção Primária à Saúde (APS), revelando que 81,1% dos municípios apresentaram alguma experiência de EPS: telessaúde, cursos presenciais, trocas de experiências, atividades educativas à distância, tutoria, entre outras modalidades educativas (PINTO *et al*,2014). Esses dados quantitativos do PMAQ-AB auxiliam-nos na verificação da dimensão do tema que estamos tratando, dado que mais de catorze mil equipes da ESF do país relatam vivenciar alguma atividade educativa em seu cotidiano.

Ao verificar essa realidade dos serviços de saúde, porém, é preciso entender que nem todas as modalidades citadas anteriormente fazem parte do rol da EPS. No entanto, é preciso refletir sobre o fato de atividades educativas ocorrerem no cotidiano dos serviços de saúde. Assim, é necessário que processos educativos

estejam inseridos no dia-a-dia dos profissionais, para que os serviços estejam preparados para prestar assistência de forma adequada aos diferentes públicos que necessitam de cuidado. Nesse sentido, é importante pensar o trabalho em saúde como peça-chave para que este processo se torne realidade no Sistema Único de Saúde (SUS), pois o trabalho em saúde é considerado por Merhy (2002) como o “*trabalho vivo em ato*”. Sendo assim, os instrumentos, o conhecimento e as relações são essenciais para que o processo de trabalho se efetive na produção de cuidado e na organização da assistência à saúde.

A Educação Permanente em Saúde (EPS) possui destaque nesta compreensão, pois, segundo Ceccim e Ferla (2009), apresenta uma ligação entre educação/trabalho/cidadania através da superação do processo de ensino-aprendizagem para uma política de educação e saúde, reforçando a ligação política entre saúde e educação. Além disso, para que a EPS torne-se realidade, são necessários alguns ajustes no que diz respeito aos processos educativos como, por exemplo, a superação da cultura da educação bancária através da pedagogia da problematização que, segundo Freire (2015a), coloca o indivíduo como protagonista e não como mero espectador da construção do conhecimento.

Do mesmo modo, o Ministério da Saúde publicou a Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007, que define a EPS “*como uma política de formação e desenvolvimento para o SUS*” (BRASIL, 2009, p.21), pois tem a função de articular as necessidades dos serviços de saúde e as possibilidades de desenvolvimento dos profissionais observando as capacidades resolutivas de cada serviço e a gestão social das políticas de saúde. Baseados nisso, os serviços de saúde vivenciam em seus cotidianos diferentes experiências no que diz respeito ao processo educativo e estas, por sua vez, representam transformações nas práticas e nas relações dos trabalhadores.

A partir desta realidade, buscamos elementos para que seja possível a prática da EPS e a sua qualificação. Assim, surge a seguinte questão de pesquisa: Como a Educação Permanente em Saúde pode afetar o trabalho no contexto da Atenção Primária à Saúde em um município do interior do RS?

Nessa perspectiva, faz-se imprescindível buscar elementos para aprimorar e melhorar os processos educativos vivenciados pelas equipes de saúde da APS. Esse desafio provoca-nos a ressignificar a EPS nos serviços de saúde e lança elementos para a qualificação destes serviços, a partir de um processo educativo

coerente com a prática profissional. O processo educativo proporcionado pela EPS também configura-se como uma ação política em que os atores envolvidos, a partir de sua prática cotidiana, elaboram diferentes construções de cuidado e de transformação da realidade.

Isto posto, notamos que esta proposta é diferenciada no que diz respeito a construção do conhecimento coletivo no cotidiano do trabalho, que coloca os atores na gestão do trabalho em saúde, através da EPS, na realidade de um município do interior do RS. A partir disso, surge a proposta de estudar essa realidade pela ótica dos trabalhadores, observando o processo de trabalho como ferramenta de qualificação e humanização do SUS.

Embasados nisso, buscamos entender os processos educativos e, conseqüentemente, viabilizar a implementação de ações de EPS em municípios que não o vivenciam, por meio de um modelo prático que foi propiciado por este estudo. Além do mais, esta pesquisa é resultado de um processo de vivência e construção coletiva dos atores envolvidos. É importante salientar que o pesquisador atuou como integrante do movimento estudantil de enfermagem, como bolsista de iniciação científica, participou de projetos de pesquisa e extensão e, ainda, do grupo de estudos e de implantação de uma nova estrutura curricular no curso de origem, surgindo, então, o interesse em pesquisar exatamente a transformação que ocorre no cotidiano dos serviços de saúde por meio da EPS, a partir das experiências dos sujeitos envolvidos e em sua prática de trabalho.

Ao cursar pós-graduação em Saúde da Família e em Linhas de Cuidado em Enfermagem, ao ingressar no campo da ESF como enfermeiro e ao percorrer a trajetória no mestrado profissional do Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFSCSPA), foi verificada a necessidade de, a partir da EPS, buscar subsídios para colaborar com o trabalho na Atenção Primária à Saúde.

Nesse sentido, no município de atuação do autor, foi criado o Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva (NUMESC), que realiza um importante trabalho de EPS junto às equipes de saúde, através de ciclos mensais os quais são realizados pelos próprios profissionais da rede, com temas advindos das necessidades das equipes. A construção desse núcleo tem se tornado um desafio, uma vez que os profissionais envolvidos são desafiados a buscar subsídios, textos-apoio, contatos, encontros e aos poucos vão adquirindo experiências que agreguem

a esse processo junto com os colegas. Entretanto, é determinante, nesse processo, a motivação dos profissionais que vem desvelando maturidade no trabalho em educação e saúde.

Nesse contexto, essa pesquisa é um constructo de toda essa caminhada, incorporada aos diferentes espaços que ocupamos no processo e dos diferentes atores que participam ativamente dela, buscando sempre a consolidação do SUS como política pública e, ainda, como um ambiente onde saúde e educação caminhem de mãos dadas qualificando cada vez mais as ações.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar como a Educação Permanente em Saúde, com ênfase no processo de trabalho, pode afetar o trabalho em saúde no contexto da Atenção Primária à Saúde em um município do interior do RS.

2.2 Objetivos Específicos

- Compreender o processo de trabalho das equipes e as implicações da Educação Permanente em Saúde no trabalho cotidiano em saúde.
- Identificar facilidades e dificuldades para a realização das estratégias de Educação Permanente em Saúde no cotidiano.
- Cartografar as experiências de Educação Permanente em Saúde na realidade de um município do RS.
- Aperfeiçoar os processos de Educação Permanente em Saúde, por meio de um projeto de intervenção, construído coletivamente pelos atores envolvidos.
- Propor a implementação do projeto de Política Educação Permanente em Saúde em nível municipal.
- Construir um Boletim Informativo de Educação Permanente em Saúde.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A presente fundamentação teórica apresenta alguns elementos importantes para a compreensão do tema abordado nesta pesquisa, como a constituição do Sistema Único de Saúde, a Atenção Primária à Saúde como ordenadora da rede, a Educação Permanente em Saúde e as práticas que são vivenciadas nesse processo.

3.1 A Atenção Primária à Saúde e a Educação Permanente em Saúde

O SUS é resultante do esforço coletivo de seguimentos da sociedade que, no período de redemocratização da sociedade brasileira, se empenharam na luta pela construção de um sistema universal de saúde, com características como a integralidade, a universalidade, a participação social, dentre outras. Esse sistema está previsto na Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas Leis Orgânicas da Saúde, Lei Nº 8.080/1990 e 8.142/1990 (CAVALCANTI, 2014).

Para contemplar essa proposta, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) caracteriza a APS como dispositivo preferencial de porta de entrada do SUS, especialmente a ESF, a partir de ações, no âmbito individual e coletivo, desenvolvidas para garantir uma atenção integral à saúde da população (BRASIL, 2012).

Na busca da qualificação das ações de saúde na APS, temos as equipes de ESF e o apoio matricial, uma ferramenta de trabalho preciosa que necessita de um olhar diferenciado que possa fornecer subsídios para a ampliação do olhar, ou seja, organizar a clínica de forma ampliada, articulada e singular, levando as equipes de referência, no caso as da ESF, a desenvolverem o sentimento da corresponsabilização coletivamente aos usuários, familiares e profissionais, tudo isso buscando um cuidado centrado no usuário, superando o modelo biomédico em virtude de um novo modelo tecnoassistencial, incluídos os processos de EPS no cotidiano da APS (BEZERRA; DIMENSTEIN, 2008).

Nesta perspectiva, Vasconcelos *et al* (2012), referem que a EPS auxilia a reconhecer as dimensões pedagógicas do apoio matricial, pois este proporciona troca de saberes, democratiza as relações, fornece às equipes subsídios para atuar

no campo da saúde em uma sistemática integral. Os referidos autores sugerem, ainda, práticas interconectadas que estejam presentes no cotidiano dos serviços e proporcionem interação entre os diversos saberes e níveis de complexidade do sistema, ocasionando uma melhor resolução dos problemas da população assistida.

Dessa maneira, a EPS possui destaque nesta perspectiva, pois, segundo Ceccim e Ferla (2009), possui uma ligação entre educação/trabalho/cidadania, superando o processo de ensino-aprendizagem para uma política de educação e saúde, reforçando a ligação política entre saúde e educação.

Outrossim, o Ministério da Saúde publicou a Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007, define a EPS *“como uma política de formação e desenvolvimento para o SUS”* (BRASIL, 2009, p.21) que exerce a função de articular as necessidades dos serviços de saúde e as possibilidades de desenvolvimento dos profissionais observando as capacidades resolutivas de cada serviço e a gestão social das políticas de saúde. Nesta compreensão, entende-se a EPS como aprendizagem no trabalho, em que ensinar e aprender incorporam-se ao cotidiano com base na aprendizagem significativa, tendo como objetivo transformar a realidade local das práticas profissionais e da organização do trabalho (BRASIL, 2009).

Tudo isso leva ao entendimento de que a EPS precisa estar presente nos serviços de saúde e na formação dos profissionais de saúde, pois ela é uma ferramenta de trabalho a ser valorizada na construção de alternativas aos problemas vivenciados nos diferentes contextos dos serviços de saúde.

Nesta perspectiva, o Grupo de Trabalho da Organização Pan-Americana de Saúde, órgão ligado à Organização Mundial de Saúde (OPS-OMS) sobre Avaliação e Capacitação em Saúde, apresenta linhas com instruções referentes à formação permanente, de acordo com o que segue:

*“- uma perspectiva educacional integradora da educação e do trabalho: o enfoque baseado em competências, no qual se verificou a integração natural e simbiótica com a perspectiva da EPS;
- o desenvolvimento da avaliação como teoria e como prática, em uma perspectiva que capitalize as novas ideias nesta área e as numerosas experiências da região;
- o fortalecimento de uma perspectiva integral e integradora de gestão de recursos humanos que assuma a educação como ferramenta fundamental de mudança individual e institucional para a qualidade nos serviços de saúde.”* (OPS-OMS, 1997, p.38)

Dessa forma, revela-se fundamental entender que a integração entre os conhecimentos técnicos e acadêmicos precisam estar a serviço da população. Ressalta-se que isso ocorre a partir da cooperação entre as instituições formadoras com os serviços de assistência à saúde. Ainda, destaca-se a EPS como um dispositivo de melhoria da qualidade dos serviços de saúde. Para Pinto (2016), a EPS apresenta mais pujança se for encarada como uma estratégia de mudança de práticas. Mas para isso, deve-se articular as políticas que tratam do modo de fazer com as políticas que estruturam as redes, serviços e a formação. Tal compreensão torna-se importante, pois esta articulação dos atores sociais e das instituições atuará para que a EPS seja uma forte apoiadora nas transformações necessárias no campo da saúde, em especial no campo da APS.

3.2 As práticas de Educação Permanente no Brasil

Com a ideia de transformar a realidade vivenciada nos serviços de saúde, por meio de ações de educação e saúde, ocorrem as práticas de Educação Permanente em Saúde. Elas se dão de diferentes maneiras, com a participação de distintos atores, em espaços variados, com a utilização de metodologias e atividades diversificadas, que são apresentadas nos estudos revisados para este estudo.

Inicialmente, é importante apresentar como ocorrem as referidas práticas. Para Tesser *et al* (2011); Vieira *et al* (2013); e Cardoso *et al* (2015) a Educação Permanente em Saúde dá-se como uma formação teórica e prática para os profissionais das Estratégia Saúde da Família, por meio de cursos, encontros, fóruns, palestras, atualizações científicas e capacitações. Essas atividades demonstram a correspondência das práticas anteriormente citadas com o método tradicional de transmissão de conteúdo, o que se afasta da compreensão das ações de Educação Permanente em Saúde, conforme a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2009).

Entretanto, Ezequiel *et al* (2012) apresentam uma outra forma possível de Educação Permanente em Saúde e de interdisciplinaridade: as sessões clínicas que contam com a participação de trabalhadores, estudantes e usuários em um espaço que busca a compreensão ampliada do processo saúde-doença utilizando conceitos biopsicossociais. Nesses espaços é utilizada a metodologia da problematização, o que leva a uma transformação das práticas de saúde por uma prática pedagógica

em saúde. Podemos refletir sobre o fato de que as sessões com casos clínicos, pela “força” da palavra “clínica”, nos levam a inferir algo biomédico e centrado na doença, porém a utilização de métodos progressistas, como a problematização e a compreensão do processo saúde-doença no âmbito biopsicossocial, ampliam a concepção deste processo e levam a transformações no cuidado ao usuário.

Esses contrapontos nos instigam a buscar um entendimento sobre a Educação Permanente em Saúde, que visa promover mudanças no processo de trabalho por ações formativas, contextualizadas e significativas para os atores envolvidos, levando a qualificação do trabalho em saúde a mudanças no sistema de saúde e na constituição de sujeitos na saúde (ARAÚJO; PONTES, 2012).

No que diz respeito aos temas e as atividades a serem desenvolvidas nas práticas de Educação Permanente em Saúde, Cardoso *et al* (2015) expõem que esses são escolhidos conjuntamente entre a Coordenação da Atenção Básica e a equipe de saúde da Estratégia Saúde da Família, através de uma ação natural que visa que parte da equipe de referência se interesse pelo tema, valorize-o e sistematize-o de acordo com a sua necessidade, o que levará a um processo de crescimento nas práticas de trabalho. De outro modo, se o tema fosse imposto pela Coordenação da Atenção Básica, este poderia ser rejeitado desde a proposta, uma vez que a equipe poderia se sentir deslocada da realidade.

Nesse sentido, é necessário introduzir a Educação Permanente em Saúde por meio de uma experiência problematizadora, que tem sua origem em um problema vivenciado pelos sujeitos envolvidos na prática educativa (EZEQUIEL *et al*, 2012; VIDAL *et al*, 2014), pois a partir do reconhecimento crítico da realidade vivenciada pelo indivíduo é possível extrair a tendência para as possíveis aprendizagens (BATISTA *et al*, 2005). Assim, tornando o processo de aprender e ensinar, que são indissociáveis (FREIRE, 2015b), algo agradável, útil, aplicável e modificável na realidade dos serviços de saúde que experimentam estas ações, poder-se-á alcançar os objetivos do processo educativo de forma que superem o fato de agregar conhecimentos e impactem diretamente no cotidiano dos trabalhadores, gestores e usuários.

Os operadores destas ações, nos estudos de Zavarese da Costa *et al* (2010); Barbosa, Ferreira e Barbosa (2012) e Santana *et al* (2013), são os enfermeiros das equipes da Estratégia Saúde da Família que de alguma forma compartilham esta responsabilidade com os demais profissionais da equipe e com

outras instituições, como órgãos de gestão e instituições de ensino. Já conforme Balbino *et al* (2010), a operadora das ações é uma escola de saúde da família do próprio município.

Não obstante, em outros trabalhos são apresentados os preceptores de território como os operadores das ações, com a função de educadores, que levam a discussões a respeito de conceitos e sobre as necessidades de saúde, possibilitando mudanças práticas na assistência à saúde.

Outro aspecto imprescindível ao preceptor é saber trabalhar em equipe, ter uma ampla compreensão da Estratégia Saúde da Família e do trabalho em saúde, agindo como um educador em saúde e um facilitador dos processos de trabalho (SANTOS; BERTOLOZZI; HINO, 2010) (PAGANI; ANDRADE, 2012). Esses estudos demonstram certo grau de inovação da preceptoria no âmbito a Educação Permanente em Saúde no Sistema único de Saúde, já que o preceptor é alguém preparado para atuar nesse campo e ajudar na produção do cuidado, com ênfase na qualidade e no alcance dos objetivos da estratégia.

No que tange ao local de desenvolvimento das práticas de Educação Permanente em Saúde no âmbito da Estratégia Saúde da Família, Zavarese da Costa *et al* (2010) e D'Ávila *et al* (2014) apresentam em seus estudos que são realizadas na própria Unidade de Saúde da Família, podendo ter como espaço a sala de reuniões ou consultórios ou, ainda, qualquer espaço na unidade em que seja possível desenvolver um diálogo, constatando que a Educação Permanente em Saúde pode ocorrer nos diferentes espaços e ambientes, pois depende mais da disponibilidade dos envolvidos do que do espaço para a realização.

Ainda sobre estas práticas, é possível observar que ocorrem em reuniões de equipe, que podem ser programadas ou espontânea (FIGUEIREDO *et al*, 2010), com uma periodicidade estabelecida: semanal, quinzenal ou mensal (ZAVARESE DA COSTA *et al*, 2010; BARBOSA; FERREIRA; BARBOSA, 2012; EZEQUIEL *et al*, 2012; CARDOSO, 2012; SANTANA *et al*, 2013; D'ÁVILA *et al*, 2014). Essa forma de realização apresenta as práticas em espaços formais de discussão, que colaboram com o processo de gerência, organização do trabalho, avaliação e monitoramento das ações da equipe e de educação no trabalho, segundo os estudos supracitados. Assim, parece visível que a Educação Permanente em Saúde ocorre estritamente em espaços formais, porém é possível ampliar esta compreensão, já que esta política de educação não possui um protocolo ou manual para ocorrer, podendo se

dar em qualquer espaço do Sistema Único de Saúde, desde que colabore com a prática de trabalho dos atores do sistema e envolva os mesmos no processo educativo.

Nessa lógica, podemos compreender, por meio do estudo de Ricardi e Sousa (2015), que estas práticas são planejadas, avaliadas e monitoradas pelos sujeitos envolvidos. O planejamento de qualquer ação é fundamental para a sua realização e conseqüente sucesso. No que diz respeito ao planejamento em saúde isso torna-se imprescindível, pois é preciso conhecer a realidade para, a partir dela, traçar estratégias para alcançar seus objetivos. Em nosso cotidiano estamos em constante planejamento, por exemplo, programando o caminho que iremos percorrer de casa para o trabalho ou pensando nas ações que iremos realizar nos serviços. Enfim, a todo o momento planejamos. O planejamento é uma explicação do que será realizado (PAIM, 2006), ou seja, é um esclarecimento daquilo que será feito por determinada pessoa ou grupo.

A partir do planejamento ocorrem as ações de Educação Permanente em Saúde na Estratégia Saúde da Família, e estas ações podem se dar de diferentes formas, da bagagem teórico-prática dos participantes e dos objetivos que se quer alcançar com a realização das referidas ações. Assim, foram verificadas diferentes metodologias de realização das ações de Educação Permanente em Saúde nos estudos que compuseram esta revisão integrativa. Foram verificadas utilização de métodos como: História de Vida – HV (SLOMP JUNIOR; FEUERWERKER; MERHY, 2015), Projeto Terapêutico Singular – PTS (SLOMP JUNIOR; FEUERWERKER; LAND, 2015; EZEQUIEL *et al*, 2012), técnica de oficinas (RODRIGUES; VIEIRA; TORRES, 2010), Rodas de Gestão (CARDOSO, 2012), e Rodas de Educação Permanente – REP (ARAÚJO; PONTES, 2012).

Estes métodos preveem, em sua maioria, ações compartilhadas, construções coletivas por meio de relações horizontalizadas e com foco no objetivo de cada ação. Alguns destes métodos são utilizados na prática clínica da Saúde da Família, como o Projeto Terapêutico Singular (PTS), as oficinas e as rodas de gestão, as demais são movimentos novos que vêm ganhando espaço nesse campo. É importante ressaltar que o trabalho na Estratégia Saúde da Família compreende inúmeras ações de cuidado à saúde pela promoção à saúde, prevenção e recuperação de agravos, pelo reconhecimento da realidade, pela compreensão do território, no trabalho coletivo, pela constituição da equipe multi/interdisciplinar,

enfim: algumas características que nos permitem agregar conhecimentos das mais diversas áreas para auxiliar na produção do trabalho em saúde e, por consequência, na Educação Permanente em Saúde.

Ainda na discussão acerca dos métodos, podemos dizer que existe uma aproximação com os usuários, uma vez que se constrói um Projeto Terapêutico Singular ou se trabalha com a História de Vida. O usuário está inserido no contexto da ação da mesma forma que sua situação é utilizada para problematizar o aprendizado. Ele elabora, com a equipe, um plano, no qual poderá opinar e se posicionar em relação ao que está sendo proposto e, ainda, inferir se será viável ou não (SLOMP JUNIOR; FEUERWERKER; MERHY, 2015; EZEQUIEL *et al*, 2012). Analisando a realização dessa gama de métodos, é possível verificar uma aproximação das equipes da Estratégia Saúde da Família com as comunidades adscritas, pois quando os usuários, que são alvos das ações, estão inseridos em alguma fase desse processo, os mesmos valorizam e se integram, ocorrendo assim a criação do vínculo, que é essencial para o trabalho na estratégia.

Essa inserção dos usuários nos processos vivenciados por esse modelo de atenção à saúde nos leva a compreender o que vem ocorrendo: uma mudança nas estratégias pedagógicas, ou seja, uma transformação no fazer em saúde por meio de ações educativas inseridas nos serviços, o que é base na Educação Permanente em Saúde.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de Pesquisa

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, do tipo descritivo-exploratório, que se utilizou da técnica de pesquisa-ação para alcançar seus objetivos. A pesquisa qualitativa, por sua vez, ocupa-se de um nível de compreensão que não é possível ser quantificado, ou seja, ela responde a questões particulares, trabalhando, assim, com o universo de significados, motivos, aspirações, valores e atitudes, mergulhando no mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos, não podendo ser reduzido apenas a variáveis. Também trabalha com a complexidade, com a especificidade e com as diferenciações que os “objetos sociais” apresentam, entendendo nas determinações e transformações dadas pelos sujeitos os fenômenos ou processos sociais (MINAYO *et al*, 2011).

Para facilitar a compreensão do processo de Educação Permanente em Saúde na Atenção Primária à Saúde a pesquisa-ação buscou respostas e alternativas para a consolidação de práticas educativas no processo de trabalho das equipes de saúde. Dessa maneira, a pesquisa-ação é um método de pesquisa não-convencional que busca a intervenção, o desenvolvimento e a mudança, prevendo a interação entre o pesquisador e os atores envolvidos, aqui não se usa o termo sujeito e sim ator, pois todos implicados no processo de pesquisa realizam trocas e tem espaço no processo de pesquisa (GIL, 2010). Além disso, há prioridades, que são os problemas e as possíveis soluções, para os quais são previstas ações concretas, daí o nome pesquisa-ação. Outra característica é que as decisões no campo da pesquisa serão coletivas, ou seja, todos participarão da instância de decisão. Ainda, o objetivo da pesquisa-ação é resolver ou esclarecer os problemas, tendo como ação a sua resolução (THIOLLENT, 2011).

Nesse sentido, Le Boterf (1984) e Barbier (2007), apresentam a pesquisa participante, que é parte da pesquisa-ação, e trabalha na perspectiva de envolver os próprios atores com vistas a identificação de problemas e a busca de soluções para os mesmos. A partir dessa compreensão se faz a opção, neste estudo, de utilizar o método de pesquisa-ação participante, baseado no argumento de que a produção do conhecimento precisa ser política e transformadora no ponto de vista da prática

de um grupo e baseada na participação dos envolvidos nas diferentes fases do estudo (POLIT; BECK, 2011).

Pode-se dizer que a pesquisa-ação é um modelo de pesquisa alternativo ao clássico, mas, da mesma forma, respeita os princípios da cientificidade. Assim, os procedimentos como: compreender a situação, realizar a seleção de problemas de pesquisa, realizar a busca de soluções e construir a aprendizagem são essências à pesquisa-ação. Além disso, a pesquisa-ação oferece elementos à pesquisa social aplicada sem os excessos da postura convencional ao nível da observação, processamento de dados e experimentações, podendo engendrar uma concepção e aplicação flexível de método científico de investigação concreta (THIOLLENT, 2011).

No mesmo sentido, outro autor empreende a compreensão de que o pesquisador não provoca o problema, apenas o constata e tem a função de auxiliar o grupo a reconhecer os detalhes do problema, tornando-os conscientes para a ação coletiva e estabelecendo uma noção de coletividade diante do fazer em pesquisa-ação, comprometendo os atores envolvidos na busca de uma solução para o problema discutido (BARBIER, 2007).

Dessa forma, a pesquisa-ação constitui-se de diferentes formas, dependendo do referencial teórico que se embasa. Para este estudo, o referencial utilizado para guiar as fases será o de Barbier (2007), que estabelece três fases fundamentais, sendo elas:

1. Identificação do problema e contratualização/discussão: a pesquisa-ação está inserida na realidade de um grupo e, inicialmente, é preciso voltar o olhar para o problema ou a situação que está sendo vivenciada pelo grupo.

2. Planejamento da ação: fase em que o objeto sofre uma análise sistematizada dos pesquisadores, tornando o problema cada vez mais coletivo, o que auxilia no planejamento da ação.

3. Teorização, avaliação e publicação dos resultados: esta fase ajuda a técnica a se consolidar em uma perspectiva em espiral, o que representa a continuidade no processo, ou seja, detecta-se o problema/situação, planeja-se e realiza-se a ação, então é realizada a avaliação e a teorização e, depois disso, volta-se ao problema novamente para planejar uma nova ação seguida da avaliação e da teorização, e assim sucessivamente, gerando um ciclo com as fases interligadas e conectadas uma a outra.

4.2 Geração de Dados

A geração de dados ocorreu entre 13 de maio e 28 de novembro de 2016, no Município de Arvorezinha, com os profissionais da Secretaria Municipal de Saúde que se enquadraram nos critérios de inclusão e aceitaram participar do estudo. Os critérios de inclusão foram: ser profissional da saúde lotado na SMS de Arvorezinha; possuir mais de 18 anos; aceitar participar da pesquisa mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; estar envolvido no processo de Educação Permanente em Saúde e estar vinculado a uma equipe de saúde da Atenção Básica (ESF ou de Apoio Matricial – NAAB ou NASF). Inicialmente foi entregue a cada profissional um questionário autoaplicável (APÊNDICE A) e, após, foram realizados encontros (seminários), cada um com um objetivo específico, todos com duração aproximada de duas horas. O primeiro encontro do seminário ocorreu com a participação de quarenta profissionais, sendo realizada a identificação do problema/situação e a contratualização da pesquisa-ação. No segundo encontro do seminário a participação foi de trinta e nove profissionais e foi dedicado ao planejamento da ação. Já o terceiro, quarto e quinto encontros foram dedicados à avaliação das ações anteriores e sistematização das próximas, contando com a participação de em torno de quarenta profissionais.

Para realização desta pesquisa-ação foram estabelecidos alguns instrumentos, como: espaços de discussão, de formação, de planejamento e avaliação, além de ter como base um questionário. Esse questionário foi aplicado em 33 profissionais de todos os níveis de formação que satisfaziam os critérios de inclusão. As questões contidas nesse questionário versavam sobre: o processo de EPS, o entendimento de cada um sobre a EPS, a experiência, as contribuições junto aos usuários e à equipe e à gestão, as facilidades e dificuldades na vivência da EPS no cotidiano e sugestões de estruturação. Após, as respostas dos questionários foram agrupadas conforme cada categoria.

A partir disso, foi realizado o primeiro encontro do seminário, agendado anteriormente com a gestão e com todas as equipes, em que foi realizada a contratualização da pesquisa-ação e aprofundadas as discussões acerca das questões dos questionários. A partir dessas primeiras etapas foram pautadas as demais etapas da pesquisa. As dificuldades elencadas pelos trabalhadores nos

diferentes contextos e possibilidades de trabalho alavancaram a busca de alternativas para o trabalho com a EPS.

Já no segundo encontro do seminário foi realizado o planejamento de uma intervenção educativa junto às equipes de APS do município. Todos os atores construíram coletivamente o projeto de intervenção e comprometeram-se com sua implantação no contexto de trabalho de cada um. Após foram consolidadas as propostas e apresentadas às equipes, o que garantiu legitimidade à proposta e impulsionou a sua realização.

Após esse planejamento, a equipe do NUMESC em conjunto com as equipes de saúde retomaram as atividades de EPS conforme planejado. Foram trabalhados temas, como: promoção da saúde e cuidando do cuidador. Ao final de cada uma das ações foram realizadas avaliações, no âmbito individual e das equipes. Essas avaliações serviram de base para o planejamento das próximas atividades, auxiliando na melhoria das ações e na compreensão da função do NUMESC e da pesquisa-ação nessa realidade.

4.3 Caracterização do Local de Pesquisa

O estudo teve como cenário o município de Arvorezinha, situado no Alto do Vale do Taquari, que conta com três equipes da ESF, mantendo 100% de cobertura de Saúde da Família. Cada equipe é responsável por oito microáreas, sendo quatro urbanas e quatro rurais. Duas equipes contam com a composição mínima dos profissionais, ou seja, um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e oito agentes comunitários de saúde; e uma equipe é ampliada: possui dois médicos, dois enfermeiros, um técnico de enfermagem e oito agentes comunitários de saúde. O Município conta, ainda, com duas equipes de apoio matricial: o Núcleo de Apoio a Atenção Básica (NAAB) que conta com um psicólogo, uma fonoaudióloga e um técnico em enfermagem e o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), que conta com uma psicóloga, uma educadora física e uma nutricionista.

4.4 Sujeitos

Os sujeitos da pesquisa foram os profissionais de saúde lotados na Secretaria Municipal de Saúde do município em questão que estejam envolvidos no

processo de Educação Permanente em Saúde e que atuam na ESF ou nas equipes de apoio matricial no município e que aceitaram participar da pesquisa mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B). Foram 33 profissionais que responderam o questionário e em torno de 40 que participaram dos encontros dos seminários.

Sobre os 33 profissionais que responderam os questionários, foi verificado o seguinte perfil sócio demográfico: 4 (12,12%) do sexo masculino e 29 (87,88%) do sexo feminino. Em relação à idade dos participantes: 11 (33,33%) tinham entre 20 e 29 anos, 9 (27,27%) entre 30 e 39 anos, também 9 (27,27%) entre 40 e 49 anos, 3 (9,09%) entre 50 e 59 anos e apenas 1 (3,03%) acima de 60 anos. Já no que diz respeito à formação: 2 (6,06%) possuíam ensino fundamental, 16 (48,48%) ensino médio, 1 (3,03%) ensino médio técnico, 1 (3,03%) ensino superior incompleto, 5 (15,15%) ensino superior completo e 8 (24,24%) pós-graduação. Todos mantinham vínculo com o poder executivo municipal, sendo 16 (48,48%) estatutários, 16 (48,48%) contratados pelo município e 1 (3,03%) contratado por empresa.

Os participantes eram profissionais de nível fundamental, médio e superior, divididos em: agentes comunitários de saúde, técnicos em enfermagem, enfermeiros, médicos, cirurgiões-dentistas, psicólogos, fonoaudiólogo, nutricionista, educador físico e auxiliar em saúde bucal. Todos eram profissionais da APS do município, que compõem as equipes de saúde da ESF ou de Apoio Matricial.

4.5 Procedimentos Éticos

Em relação às questões éticas da pesquisa-ação, é primordial que estas questões estejam presentes e sustentem todas as etapas da pesquisa, sendo que ninguém pode sequer tentar realizar uma atividade que prejudique outro participante ou o conhecimento a ser produzido. Assim, é fundamental a postura ética do pesquisador diante dos dados e da realidade a ser explorada, mantendo o distanciamento quando necessário e, em outros momentos, facilitando os processos do grupo em estudo (TRIPP, 2005).

Seguindo os procedimentos éticos foi realizado contato com a Secretaria Municipal da Saúde e foi solicitada anuência, conforme a carta de anuência em anexo (ANEXO A). Juntamente a isso, os profissionais envolvidos passaram pelo Processo de Consentimento Livre e Esclarecido de participação na pesquisa, de tal

modo respeitando os princípios éticos e preservando o anonimato dos sujeitos e garantindo o direito a recusa durante qualquer etapa de execução do projeto. O Termo de Consentimento Livre e Informado foi construído baseado na Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). Além disso, o presente projeto foi apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA), gerando o parecer de número 1.459.159, CAAE: 53113816.7.0000.5345 (ANEXO B).

4.6 Análise dos Dados

Após a geração, os dados foram analisados a partir do processo de análise temática proposto por Minayo (2014), que define essa análise como o descobrimento dos núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença signifique algo para o objeto de estudo. Este tipo de análise é dividido em três etapas, sendo elas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação. Sendo assim, os dados foram sistematizados a partir dos questionários, gerando um quadro de análise com categorias e os encontros dos seminários foram transcritos em relatórios.

A pré-análise consiste na escolha dos documentos a serem analisados, na retomada dos objetivos da pesquisa e na elaboração de indicadores que auxiliem na interpretação dos dados. É realizada uma leitura flutuante dos dados, a constituição do corpus, que é a organização do material, delimitando-se os conceitos teóricos mais gerais para orientar a análise de modo a responder aos objetivos propostos no estudo. Na fase de exploração do material, realiza-se a agregação e a classificação dos dados, definindo-se os temas a serem discutidos. A última fase desta análise é o tratamento dos resultados obtidos e interpretação, na qual se realizam interpretações (MINAYO, 2014).

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

5.1 Cartografia da gestão

Nesta seção apresentaremos alguns aspectos da realidade local na qual esta pesquisa-ação foi realizada. A construção deu-se a partir de conversas com os profissionais, com os usuários e com os integrantes da gestão, além da observação, do registro em diário de campo e da pesquisa documental. Dessa forma, apresentamos dados gerais da realidade municipal, da construção do SUS, do estabelecimento das redes de atenção e, por fim, o percurso de estruturação e formação dos processos de EPS, por meio do NUMESC.

5.1.1 Arvorezinha: o contexto do município e do seu povo

O município de Arvorezinha é um pequeno município situado na região Alta do Vale do Taquari. Encanta por sua beleza natural, seu povo acolhedor e trabalhador. Está distante 200 km da capital Porto Alegre. As vias de acesso ao município se dão pela BR 386 e pela RS 332, com uma área de 271,643 km². A formação étnica do município deu-se predominantemente por italianos, seguidos de portugueses, afro-brasileiros e alemães. Segundo o IBGE (2015), em relação a população, o município possui 10.595 habitantes, 3.952 residentes na zona rural e 6.643 na zona urbana, perfazendo uma densidade demográfica de 39,00 hab/km².

O Município está inserido em uma região próspera do estado do Rio Grande do Sul, onde as atividades agrícolas, pecuária e madeireira se destacam, movimentando a economia, que tem como base a agricultura de pequenas propriedades familiares, ou seja, propriedades de minifúndios e agricultores familiares que cultivam fumo, erva-mate, milho, silvicultura; na pecuária destaca-se a avicultura, bovinocultura e suinocultura; na indústria, destaca-se o processo de industrialização de erva-mate, de cerâmica, de industrialização metálica e de móveis. Além disso, conta com 22 indústrias ervateiras (beneficiadoras de erva-mate) gerando emprego e renda às famílias do Município (ARVOREZINHA, 2015).

O município está localizado em uma região de relevo acentuado com vales e montanhas, a vegetação natural tem uma área de cobertura de 40%, destacando matas de araucárias e árvores nativas, além de serem notáveis as plantações de

erva-mate. É banhado pelos rios Forqueta e Guaporé, localizados na Bacia do Jacuí, ambos demarcando os limites do município. Além disso, existe um grande número de arroios. A região se caracteriza pelo clima agradável, com temperatura entre dezoito e trinta graus no verão. Já nos meses de inverno as temperaturas são muito baixas, registrando zero graus entre os meses de junho e julho. Ainda pode-se salientar a queda de neve pelo menos uma vez por ano e as geadas constantes durante o inverno, o que modifica a paisagem do município.

A região de saúde que o município está inserido é a região Botucaraí – região dezenove (R19) – que é composta por 14 municípios e possui uma população de 115.579 habitantes. Faz parte da 6ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS), sendo os municípios: Soledade; Tapera; Mormaço; Tio Hugo; Ibirapuitã; Alto Alegre; Campos Borges; Espumoso; Itapuca; Arvorezinha; Tunas; Barros Cassal; Fontoura Xavier; e Lagoão (RIO GRANDE DO SUL, 2013b).

Figura 1: Mapa do Município de Arvorezinha, 2017.



Fonte: Google Maps, 2017.

5.1.2 O desenho do SUS no Município

Atualmente, em nível municipal, a estrutura do SUS conta com serviços próprios e contratados. Em relação aos serviços próprios, há duas Unidades de Saúde da Família (USF); três equipes de saúde da ESF; duas equipes de apoio matricial, sendo uma equipe do NAAB e uma equipe do NASF. Já dos serviços

contratados, há um hospital filantrópico com 51 leitos, sendo 31 leitos SUS; um laboratório de análises clínicas e uma clínica de fisioterapia e fonoaudiologia.

O município conta com uma USF localizada no centro da cidade, a qual abriga duas equipes da ESF, a secretaria municipal de saúde e seus setores administrativos, além da farmácia municipal. As equipes da ESF que atuam junto a esta unidade têm composição mínima: uma médica, uma enfermeira, uma técnica em enfermagem e oito agentes comunitárias de saúde em cada equipe, sendo que uma das médicas é de Programa de Provimento do Ministério da Saúde (MS), do Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica (PROVAB).

A outra USF está localizada junto a um bairro da cidade e abriga uma equipe da ESF com saúde bucal modalidade 1, com composição ampliada, como segue: com dois médicos, sendo um profissional da cooperação entre Brasil e Cuba do Programa Mais Médicos para o Brasil; dois enfermeiros, sendo um do incentivo da Secretaria Estadual de Saúde do RS (SES-RS) de inserção de um segundo enfermeiro nas equipes da ESF; uma técnica em enfermagem, oito agentes comunitários de saúde, um auxiliar em saúde bucal e dois cirurgiões-dentistas, um vinte horas semanais e outro quarenta horas semanais.

As equipes de apoio matricial atuam em ambas as unidades e são compostas da seguinte maneira: o NAAB, que é um núcleo de apoio em saúde mental, cofinanciado pela SES-RS, composto por um psicólogo, uma fonoaudióloga e um técnico em enfermagem, sendo que os profissionais de nível superior atuam vinte horas semanais e o de nível médio quarenta horas semanais; o NASF, um núcleo que atua em três áreas diferentes como a prática corporal, alimentação e nutrição e saúde mental, cofinanciado pelo MS, composto por uma educadora física, uma nutricionista e uma psicóloga, todas com dedicação de quarenta horas semanais no núcleo.

Além dessas equipes o município possui profissionais que oferecem suporte nos serviços, como: seis auxiliares administrativos, cinco motoristas, uma agente de campo da vigilância ambiental, um fiscal sanitário, uma farmacêutica, um auxiliar de farmácia, duas servidoras dos serviços gerais, uma médica gineco-obstetra, um médico pediatra, uma técnica em enfermagem vacinadora e um secretário municipal de saúde.

Enfim, esses são os serviços próprios que o município possui, porém existem diferentes formas de contratação dos profissionais que atuam nos serviços,

desde profissionais estatutários, cargos em comissão, profissionais contratados e profissionais que prestam serviços por pessoa jurídica.

Nesse sentido, o município não tem condições de garantir a cobertura assistencial à população em todas as áreas com serviços próprios e, respaldado pela Lei Orgânica da Saúde, tem a necessidade de recorrer a iniciativa privada de forma complementar, através de contratos, priorizando a prestação de serviços por entidades filantrópicas, que é o caso do contrato com a área hospitalar.

Sendo assim, o município mantém contrato com o hospital da cidade, que é administrado por uma sociedade beneficente e sem fins lucrativos, no valor de R\$85.000,00 mensais, contratando serviços hospitalares, como: 30 consultas, 45 internações, 30 observações 24 horas, 35 observações até 12 horas, 70 exames radiológicos, 60 ecografias, e 20 eletrocardiogramas. Também sustenta contrato com um laboratório de análises clínica, que presta serviços de coleta de material, análise e resultado de exames laboratoriais, sendo um contrato mensal no valor de R\$6.100,00, totalizando em média 1.100 exames mensais.

Além disso, contrata uma clínica que presta serviços de fisioterapia e fonoaudiologia, através de um consórcio regional, com 200 seções de fisioterapia por mês e 50 de fonoaudiologia, esse serviço é importante, uma vez que o município não possui, em seu quadro, profissionais dessa área para realizar esses atendimentos individuais.

Para mais, existe a regulação estadual que se dá por meio do Sistema de Regulação (SISREG), através da qual a secretaria solicita vagas em determinados procedimentos, consultas ou exames e é ofertado através da rede conveniada ao SUS em nível regional, sendo a seguinte distribuição:

- Hospital no município de Espumoso: oferta 28 mamografias mensais, 3 endoscopias mensais, além de consultas com cirurgião geral e ginecologia cirúrgica;
- Hospital no município de Soledade: oferta exames de tomografia computadorizada, ultrassonografia e radiodiagnóstico;
- Hospital no município de Passo Fundo: oferta mamografias, consulta em bucomaxilofacial, consulta em cardiologia, consulta em cirurgia de cabeça e pescoço – geral, consulta em cirurgia geral, consulta em cirurgia oncológica, consulta em cirurgia pediátrica, consulta em cirurgia torácica, consulta em cirurgia vascular, consulta em gastroenterologia, consulta em ginecologia cirúrgica, consulta em ginecologia – mastologia, consulta em mastologia oncológica, consulta em

nefrologia, consulta em neurologia, consulta em oftalmologia, consulta em ortopedia – pediatria e geral, consulta em otorrinolaringologia, consulta em pediatria, consulta em pneumologia, consulta em pré-natal de alto risco, consulta em proctologia, consulta em radioterapia, consulta em reumatologia, consulta em urologia, debridamento de úlcera ou necrose e exame de dosagem de proteína reativa (PCR).

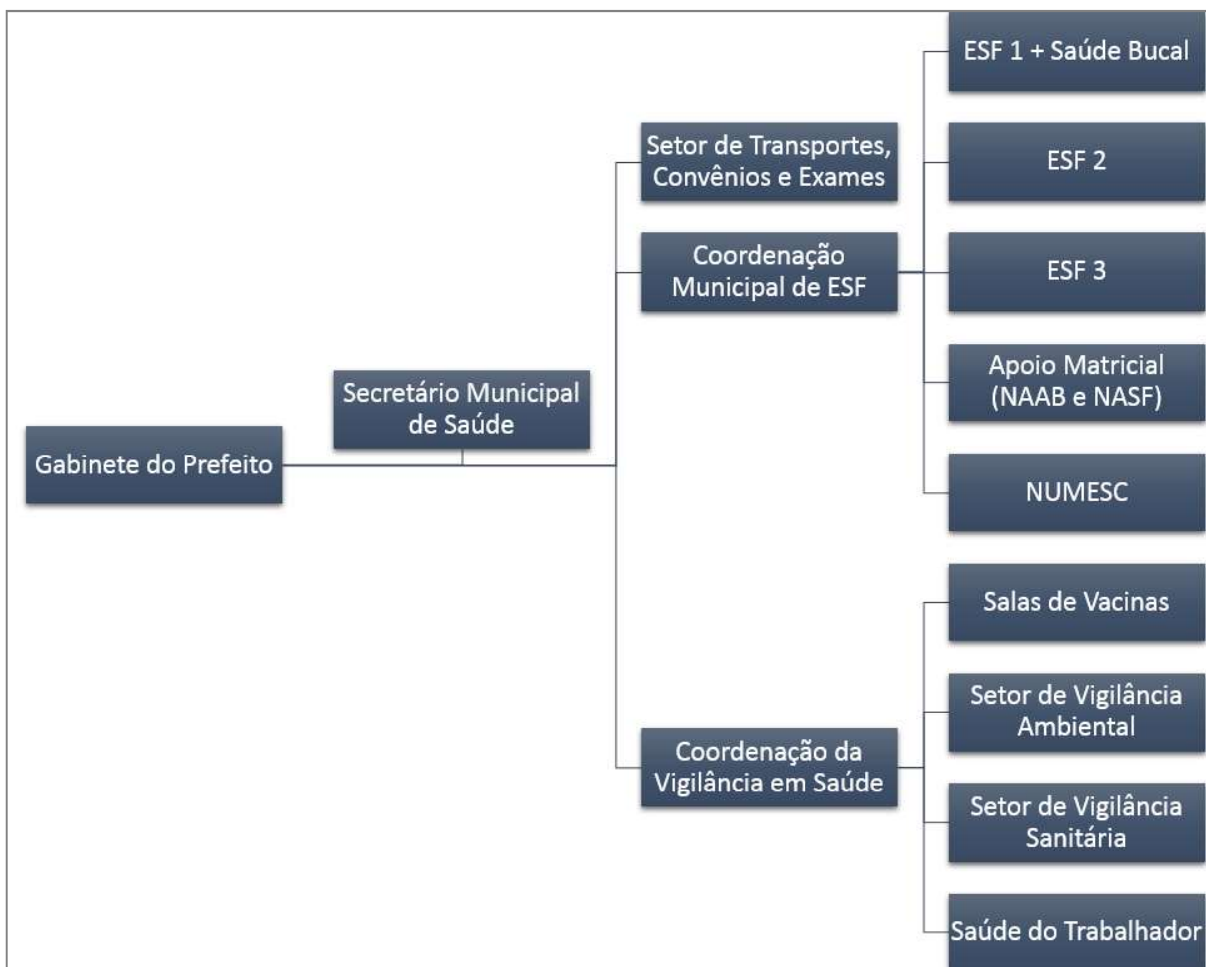
5.1.3 A gestão em saúde e a organização o trabalho

A Secretaria Municipal de Saúde de Arvorezinha constitui a principal estrutura gerencial do Sistema Público de Saúde do Município de Arvorezinha, foi criada pela Lei Municipal Nº 1097, de 07 de abril de 1997, sendo reestruturada pela Lei Ordinária Nº 2216, de 03 de agosto de 2011, a qual prevê que a Secretaria da Saúde tem por competência:

- I – os cuidados com a saúde dos munícipes, mediante:*
- II – a elaboração de planos de ação com órgãos afins na esfera Estadual e Federal;*
- III – a realização de estudos e pesquisas sobre os problemas de saúde familiar, elaborando programas para saná-los e promovendo sua execução;*
- IV – exercer outras atividades previstas em lei ou que decorram das competências enunciadas”. (ARVOREZINHA, Lei Ordinária Nº 2216/2011, p.7)*

Assim, o município tem por atribuição desenvolver a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, proporcionando melhor qualidade de vida à população do Município. O município encontra-se habilitado, segundo a NOAS/01-02, para a Gestão Plena de Atenção Básica Ampliada (GPABA). Dessa forma, a organização da gestão dá-se de uma maneira ainda verticalizada, tendo como estrutura organizacional a seguinte ilustração:

Figura 2: Estrutura organizacional da SMS, 2015.



A partir disso, tem-se a coordenação municipal da ESF que é responsável pela organização dos serviços de saúde do município (duas Unidades de Saúde da Família), pelas três equipes de saúde da ESF e pelas duas equipes de apoio matricial e pelo NUMESC. Além disso, coordena aspectos relacionados a matérias de consumo das equipes, aos recursos humanos e às questões de assistência que envolvem o trabalho em saúde nesse contexto.

Para otimizar o trabalho em saúde, a gestão do município tem como instrumento de informação oficial o Sistema de Informação de Saúde da Atenção Básica (SISAB) através do e-SUS, utiliza o Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) produzindo informações de saúde, através de indicadores, contabilizando atendimentos e apresentando os fluxos do atendimento no município.

Em relação ao fluxo, é importante compreender que as equipes de saúde (ESF, NAAB e NASF) dialogam constantemente, o que é facilitado pelo próprio processo de trabalho. Todas as equipes possuem um turno específico de reunião de

equipe, que é utilizado para discussão de casos, articulação de PTS, organização do trabalho, combinações da equipe, educação permanente, avisos, programação de atividades e visitas domiciliares. Outro aspecto que precisa ser ressaltado é que as equipes de matriciamento participam das reuniões de equipe das demais, articulando ações e oferecendo suporte para o trabalho em equipe na Atenção Primária à Saúde.

5.1.4 As Redes de Atenção à Saúde (RAS) e ações no Município

O processo de trabalho é estruturado de forma coletiva e participativa pelas equipes através da realização de ações com o objetivo de promover saúde, prevenir doenças e recuperar agravos. Nota-se que há um empenho em cada área para que as redes de atenção sejam alcançadas na realidade do município. Assim, tem-se a organização das ações de saúde a partir da proposta de organização do Ministério da Saúde, da Secretaria Estadual de Saúde e da própria Secretaria Municipal de Saúde, a partir da organização da própria gestão em parceria com os trabalhadores e usuários, com as seguintes ações:

Promoção da saúde

- Saúde na comunidade – atividades na comunidade que ocorrem bimestralmente, tendo como objetivo trabalhar assuntos de interesse da população envolvida, por meio de um processo pedagógico de construção de espaços privilegiados de educação em saúde, onde os profissionais se aproximam dos usuários para trabalhar promoção da saúde.

- Saúde no ar - programa de rádio contratado vinte minutos por semana em rádio local, com o objetivo de informar a população sobre as ações da secretaria, além de trabalhar assuntos relevantes com a população.

- Programa Saúde na Escola (PSE) – realizado em parceria com a Secretaria Municipal de Educação e Desporto e as Escolas Estaduais. Ocorrem atividades com a comunidade escolar desde a educação infantil ao ensino médio, abordando assuntos de relevância para os escolares e as instituições.

Rede Cegonha

- Pré-natal – disponibilidade de consultas, exames e testes rápidos para a gestação, oferecida nas USF, com acesso garantido em tempo oportuno e de

qualidade para todas as gestantes. É realizado, na maioria das vezes, pela médica obstetra que é contratada pelo município, com dedicação de 8 horas semanais.

- Grupo de Gestantes – ocorre mensalmente e é organizado em conjunto por todas as equipes e de forma intersetorial. Tem 9 encontros pré-estabelecidos com temas e assuntos de interesse das gestantes e suas famílias.

- Puericultura – ofertado nas USF. Consultas com médico pediatra e com enfermeiro, dos zero aos dois anos de idade, com acompanhamento de crescimento e desenvolvimento por meio de um calendário de visitas a unidade mensal.

- Puerpério – consulta com obstetra, pós-parto, com o objetivo de realizar revisão do parto, orientar cuidados, estimular o aleitamento materno e o planejamento familiar.

- Vacinação e Triagem Neonatal – disponibilidade de imunobiológicos e insumos para garantia de vacinação e triagem neonatal para todas as crianças do município, com duas salas de vacinas e profissionais treinados.

Rede de Atenção Psicossocial

- Oficina Terapêutica – ocorre semanalmente, em dois momentos, com profissional artesã contratada e acompanhamento de profissionais de saúde mental, onde é utilizada a arteterapia como um dispositivo de cuidado em saúde mental e expressão de sentimentos.

- Eu Consigo – grupo que se reúne mensalmente, coordenado pela equipe do NAAB, que trabalha com familiares, usuários, ex-usuários de álcool e outras drogas, com o objetivo de abordar o autocuidado e a redução de danos nesse contexto.

- Recrie, brinque e pinte o sete – grupo de apoio a crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade, dificuldade de aprendizagem e de relacionamento, apoiado por um profissional da fonoaudiologia e da psicologia, os participantes adquirem autonomia e habilidades no seu cotidiano.

Rede de Atenção às Urgências e Emergências

- SAMU – unidade móvel de atendimento de urgência, conta com um condutor e um técnico em enfermagem por turno, prestando assistência 24 horas por dia. A regulação é feita via 192, na central do RS.

- Porta de Urgência e Emergência – atendimento 24 horas no hospital local, utilizando a classificação de risco de Manchester, onde o usuário que é classificado

como urgência (amarelo e vermelho) é atendido pelo SUS, não tendo custos com o atendimento.

- USF (Acolhimento) – acolhimento da demanda espontânea realizado pelas equipes de saúde da ESF nas USF, que verificam a necessidade de atendimento imediato dos usuários que buscam o serviço.

Rede de Atenção às Pessoas com Condições Crônicas

- Agendamento de consultas – as consultas nas USF são agendadas para casos eletivos, como renovação de receitas, realização de revisões, de exames, entre outros.

- Grupos de Hiperdia – ocorre concomitante ao Saúde na Comunidade. Os usuários com doenças crônicas tem acesso a renovação de receitas e solicitação de exames no encontro que ocorre na comunidade.

- Grupo de Reeducação Alimentar Adultos – ofertado quinzenalmente e acompanhado pela equipe do NASF. Oferece um trabalho durante três meses sobre hábitos alimentares saudáveis e oficinas de preparação de alimentos, com o objetivo de despertar para o cuidado com a alimentação.

- Grupo de Reeducação Alimentar Crianças – ofertado semanalmente, acompanhado pela equipe do NASF, oferece a crianças de 4 à 12 anos, por meio de atividades lúdico-pedagógicas, práticas alimentares saudáveis.

- Prática de Atividade Física – ofertado semanalmente em diferentes espaços e modalidades como caminhada orientada, exercícios e pilates, conduzido pela equipe do NASF. Todas as pessoas são convidadas para integrar a atividade.

Rede de Atenção às Pessoas com Deficiência

- Dispensação de fraldas – através de processo administrativo é garantida a oferta de fraldas para usuários com tal necessidade.

Controle Social

- Conselho Municipal de Saúde – com representação paritária, é o órgão deliberativo da secretaria. Realiza reuniões mensais, discute diferentes assuntos de interesse do setor com o objetivo de garantir a execução da política de saúde do município.

- Pré-Conferências locais – ocorreram no ano de 2015 e tiveram o objetivo de ouvir a comunidade sobre os serviços oferecidos pela secretaria e sugestões para os próximos anos.

- Conferência Municipal de Saúde – ocorreu no ano de 2015 com a prerrogativa de reger as ações de saúde no município, além de eleger prioridades em todos os níveis de atenção e delegados para representação na Conferência Estadual de Saúde.

EPS

- NUMESC – grupo condutor, formado por profissionais da secretaria, que programa as ações de EPS no município encontrando-se mensalmente para planejar as atividades e refletir sobre o processo de trabalho no cotidiano da saúde.

- Ações educativas – são realizadas durante as reuniões de equipe com o objetivo de qualificar a intervenção dos profissionais e informar a comunidade sobre os temas abordados.

Além das ações realizadas pelas equipes do município que são integrantes das redes de atenção priorizadas pelo Ministério da Saúde, as equipes têm em sua rotina o esquema de atividades demonstrado na Figura 3.

Figura 3: Esquema de atividades desenvolvidas pelas equipes de saúde da ESF em nível municipal, 2015.

SEMANA TÍPICA DE TRABALHO DE UMA EQUIPE DE SAÚDE DA ESF					
Dia Turno	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
Manhã	- Consultas médicas	- Reunião de equipe	- Consultas médicas - Consultas pediátricas	- Visitas domiciliares - Pré-natal	- Consultas médicas - Consultas ginecológicas - Testes rápidos
Tarde	- Consultas médicas -Puericultura	- Consultas médicas	- Saúde na comunidade	- Consultas médicas - PSE	- Consultas médicas

Essas são algumas ações que ocorrem rotineiramente no município e tem o objetivo de organizar as RAS, através da Atenção Primária à Saúde, e prestar uma assistência de qualidade aos munícipes, conforme preconizado pelas instâncias superiores do SUS.

5.1.5 Construções da ESF e da APS no Município

O trabalho da ESF no município é recente, tendo iniciado com essa configuração somente no ano de 2012, porém, conforme o site do Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde, no ano 2000 houve a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), com nove agentes comunitárias de saúde, sob supervisão de uma enfermeira. Entretanto, o programa não se sustentou, uma vez que, com a troca de uma gestão municipal, foi extinto, o que ocasionou a demissão de todas as agentes comunitárias de saúde (ACS) (BRASIL, 2015).

No ano de 2009, foi apresentado um projeto no Conselho Municipal de Saúde (CMS) e na Câmara de Vereadores de Arvorezinha que foi aprovado em ambas instâncias e regulamentado pela Lei Ordinária N° 2.025/2009 de 06 de agosto de 2009. Esse projeto criou, no âmbito municipal, a Estratégia Saúde da Família, além de cargos para dar conta dessa estratégia. Além disso, houve a criação do cargo de ACS, por meio da Lei Ordinária N° 2.203/2011, de 16 de junho de 2011 (ARVOREZINHA, 2015) e o encaminhado para 16ª CRS – Lajeado, para aprovação da Comissão Intergestores Regional (CIR), a seguir para a CIB e, por consequência, foi realizado o credenciamento junto ao Ministério da Saúde.

Somente no ano de 2011 foi realizado concurso público para suprir a necessidade de profissionais para Estratégia. No edital de concurso público N° 001/2011 estavam previstas vagas para três médicos, dois enfermeiros, um odontólogo e um técnico em enfermagem. No mesmo sentido, no final de 2011, foi publicado e realizado o Processo Seletivo N° 001/2011 - Edital N° 001 de 27 de setembro de 2011, para agente comunitário de saúde, tendo 24 vagas para o cargo.

A nomeação do concurso público do quadro geral foi efetivada em parte, sendo nomeados apenas um médico, um enfermeiro e uma técnica em enfermagem. Já em relação ao Processo Seletivo 001/2011, foram nomeadas 24 ACS no mês abril de 2012, que assumiram seus cargos nas respectivas áreas de abrangência, iniciando efetivamente o trabalho junto as equipes de saúde da ESF, com três equipes completas em duas Unidades de Saúde que permanecem até os dias atuais. Entretanto, apenas com o tensionamento de alguns profissionais a gestão permitiu que a ESF fosse implantada nesse Município.

Nesse processo havia uma resistência para a implantação de três equipes no mesmo instante, já que seria uma mudança drástica para o atendimento da população e no processo de trabalho das equipes. Assim, a 16ª CRS, através dos profissionais do Departamento de Ações em Saúde (DAS) deu suporte às equipes, auxiliando na implantação do Sistema de Informação da Atenção Básica, assim como nas ações programáticas e na ESF de forma geral.

Nesse seguimento, foi pactuado com a gestão que um turno semanal seria preservado para reunião de equipe, espaço privilegiado onde a equipe se reuniria semanalmente para discussão do processo de trabalho, discussão de casos e educação permanente. Além disso, foram estabelecidos turnos de visitas domiciliares, pré-natal, puericultura, consultas ginecológicas, coleta de materiais para exames, entre outros. Estes serviços se mantêm até os dias de hoje, com a mesma organização da proposta inicial.

No ano seguinte, em 2013, ocorreu a troca da gestão municipal e outras ações foram tomando forma: a contratação de novos profissionais; a separação do ambiente físico da secretaria e as equipes de saúde da ESF; a criação da coordenação municipal de ESF; a aquisição de veículo exclusivo para ESF e outro para o NAAB/NASF com recurso estadual; a adesão ao PSE; a adesão ao PMAQ – AB; a adesão ao PROVAB e Mais Médicos; a adesão ao programa Requalifica-UBS com a reforma de duas UBS e construção de uma nova UBS tipo III; a troca da 16ª CRS Lajeado para a 6ª CRS Passo Fundo; a contratualização com hospital filantrópico com a compra de serviços; a criação da Relação Municipal de Medicamentos Essenciais, a criação da Comissão de Farmácia e Terapêutica; a implantação da saúde bucal junta a uma ESF; a contratação de um profissional cirurgião-dentista com a carga horária de 40 horas para atuar na equipe de saúde da ESF; a implantação do NASF; a reestruturação do NAAB; a realização de atividades de educação permanente junto às ESF; a criação do NUMESC e o trabalho de educação em saúde na comunidade (FERRI, 2014).

Conjuntamente a estas mudanças, nota-se o fortalecimento no processo de educação permanente junto as equipes, através da criação do NUMESC, no ano de 2014, e das atividades de promoção da saúde e prevenção de doenças através das equipes de saúde com a comunidade. Além disso, no ano de 2014, houve a reformulação do NAAB, que foi criado em 2012 com o objetivo de trabalhar o apoio matricial junto as equipes de saúde, enfatizando a atenção à saúde mental. Esse

núcleo é financiado com recurso estadual e, em sua composição inicial, contava com um psicólogo, um assistente social e um artesão, todos trabalhando por 20 horas semanais. Porém, devido a problemas com os profissionais, as composições sofreram duas alterações e, somente a partir do ano de 2014, com o projeto de reformulação do núcleo, efetivamente o trabalho está funcionando. Nesse momento atuam junto ao NAAB: um psicólogo, um fonoaudiólogo, um técnico em enfermagem e um artesão que trabalham a atenção à saúde mental no território através de oficinas terapêuticas, grupos terapêuticos, ações educativas, além de realizar o acolhimento aos usuários da saúde mental e participar das reuniões de equipe. É importante ressaltar que o NAAB está no município por ser uma proposta do estado do RS que previa apoio matricial para os municípios que não possuíam teto de habitantes para adesão do NASF, porém esse panorama mudou e a portaria federal foi alterada, permitindo a um município com o teto populacional de Arvorezinha aderir ao programa.

Com isso, foi criado o NASF, um dispositivo que vem se consolidando e trabalhando na transformação das conjunturas do setor saúde do município. É composto por um psicólogo, um educador físico e um nutricionista, que atuam durante 40 semanais junto às equipes do município. Esse núcleo tem em seu projeto a missão de oferecer suporte às equipes de saúde nas áreas da alimentação e nutrição, prática da atividade física e saúde mental, embora suas ações extrapolem esse escopo, pois atuam junto ao PSE, às ações de saúde bucal, entre outros. O NASF é um núcleo que possui financiamento federal e vem sendo uma importante ferramenta de matriciamento no contexto da saúde da família.

5.1.6 Reivindicação das Políticas Públicas de Saúde

Desse modo e baseado na realidade local, nota-se que as políticas de saúde são pautadas pelos tensionamentos entre os profissionais de saúde e a gestão, embora o município conte com um CMS que se encontra mensalmente para discutir e deliberar sobre a política de saúde do município. Ainda são poucas as ações que surgem do conselho, mas a grande maioria passa pela apreciação do controle social. Já foram empenhados diferentes esforços para a qualificação do conselho, entretanto sem muita possibilidade de transformação devido à própria estrutura e organização do controle social.

5.1.7 NUMESC: dispositivo de organização da EPS

Os processos educativos permeiam a realidade e o cotidiano do fazer em saúde e não há possibilidade de romper com a lógica educativa na saúde. Dessa forma, a EPS surge como proposta indissociável do fazer em saúde e do refletir sobre este fazer à luz de estratégias pedagógicas que deem conta das demandas dos profissionais de saúde, em especial na APS.

Assim, em 2013, no município de Arvorezinha, iniciaram-se algumas ações de educação permanente que ocorriam nas reuniões de equipes com temas pré-estabelecidos, pactuados junto aos profissionais e organizados pelas próprias equipes, com a seguinte configuração:

1º. Escolha do tema e assuntos a serem abordados no processo de educação permanente, com o objetivo de escolher o tema e possíveis assuntos a serem trabalhados no mês durante o processo de educação permanente.

2º. Planejamento da forma de trabalho e profissionais responsáveis pela condução do grupo, com o objetivo de planejar a forma de trabalho do tema eleito para o mês, além de nominar os profissionais facilitadores que irão conduzir o grupo.

3º. Operacionalização da atividade, com o objetivo de operacionalizar as atividades de educação permanente durante as reuniões de equipe.

4º. Produção de materiais educativos, com o objetivo de produzir materiais educativos, em consonância com o tema trabalhado, para distribuição na comunidade.

5º. Encerramento do ciclo, com o objetivo de encerrar as atividades do mês, com discussão do tema central.

6º. Atividades na comunidade com o tema escolhido, com o objetivo de realizar atividades na comunidade com o tema eleito e trabalhado no mês anterior.

Assim, durante vários meses, as ações de educação permanente foram planejadas e executadas junto às equipes sem nenhuma organização formal, partindo apenas da implicação pessoal dos profissionais de saúde. Nesse modelo de trabalho foram realizadas ações em relação à alimentação saudável, alimentos transgênicos, saúde mental, meio ambiente, cuidado com a água, dengue, mil dias e saúde da mulher.

Devido a motivações como essas e, ainda, com estímulos do Núcleo Regional de Educação em Saúde Coletiva (NURESC) da 6ª CRS de Passo Fundo e da participação junto a Escola de Apoiadores da Escola de Saúde Pública do RS (ESP-SES-RS), foi discutida a “Análise de implicações: desafiando as práticas de saber/poder”, de Cecília Coimbra, um texto motivador e que convida o leitor a refletir sobre suas práticas, implicando-o ainda mais no fazer em saúde. A partir disso, os profissionais da Atenção Primária à Saúde, ao retornar ao município e inspirados com tanta Educação Permanente em Saúde, enviaram a documentação à SES – RS, para habilitar o NUMESC no município de Arvorezinha.

Assim, segundo a Portaria CIB/RS Nº 590/2013, o NUMESC consiste na organização, em nível municipal, da gestão da Educação em Saúde Coletiva, em que todos os atores podem participar diretamente, não necessitando de nenhuma representação formal de instituições. O núcleo é o responsável pela condução das ações de educação permanente nos espaços de trabalho em saúde no município (RIO GRANDE DO SUL, 2013a).

Com isso, no início de 2014, o município aderiu à Rede de Educação em Saúde Coletiva (RESC) que estabelece:

“dispositivos de intercâmbio entre trabalhadores, movimentos sociais, conselhos de políticas públicas, instituições de ensino e gestores, e viabiliza que atores sociais de diversos espaços da rede intersetorial constituam relações sistemáticas de educação em saúde coletiva, fortalecendo a regionalização, a descentralização, a participação, a cooperação e a articulação solidária” (RIO GRANDE DO SUL, Portaria CIB/RS Nº 590/2013a, p.2)

Esses dispositivos e espaços que a RESC estabelece são potenciais para o desenvolvimento da Educação Permanente em Saúde nas mais diversas instâncias do SUS, de uma forma sistemática, coletiva e solidária, priorizando o trabalho em saúde coletiva como uma estratégia de qualificação e de organização das ações no sistema.

O NUMESC de Arvorezinha surgiu imbuído do espírito de apoio às ações educativas no interior das equipes e ainda, trabalhando na (re)construção de práticas pedagógicas e conceituais, trabalhando questões inerentes aos processos de trabalhos das equipes e da gestão.

Sem possuir um roteiro pré-estabelecido ou alguma receita milagrosa, os processos do NUMESC foram ocorrendo como tentativas de consagrar a EPS nos cotidianos do trabalho em saúde no município. Sendo assim, foram realizados encontros fora do horário de trabalho com temas variados. A cada encontro, uma dupla de profissionais era responsável pelo planejamento do tema a ser trabalhado/discutido pelo núcleo, observando que, durante a reunião, havia um acordo de se tratar do tema de maneira relacional, ou seja, de uma forma horizontal.

As ações do NUMESC ocorriam baseadas em conceitos da saúde coletiva, como: educação permanente em saúde, humanização, acolhimento, corresponsabilização, acesso, qualidade na atenção, gestão estratégica e participativa, pedagogia relacional, territorialização, cuidado integral, participação social, educação popular em saúde, entre outros.

Entretanto, foi possível observar o quão difícil e comprometedor estava se tornando esse processo, uma vez que os profissionais se encontravam fora do seu horário de trabalho e, ainda, implicados em realizar o processo e conduzir essa construção. Logo, esse mecanismo foi perdendo força e se acabando.

Com base nisso, foi possível concluir que, naquele momento, era necessário retomar a primeira proposta, trabalhar assuntos nas reuniões de equipe e após compartilhar com a comunidade. Por mais um tempo, houve força e motivação para realização dessas ações, no entanto foi se perdendo o propósito da EPS e muitas vezes tornando-se um processo de Educação Continuada. Nessa ocasião foram trabalhados temas como: saúde bucal, cuidados com a voz, garganta e ouvidos e participação popular.

Apesar disso, nunca o foco da EPS, inserida em um contexto do fazer em saúde, foi perdido. Dessa forma, foi proposto um momento reflexivo e participativo de integração ensino-serviço, nos dois períodos de férias acadêmicas de 2014 (julho e dezembro), com estudantes do município que frequentam universidades na região e no estado, problematizando a seguinte questão: Para que (quem) serve o teu conhecimento? Para esse encontro foi dado o nome de “*Integração*”, momento que contou com a participação ativa de estudantes das mais diversas áreas do conhecimento que fizeram o exercício reflexivo em torno desta questão e olhando para a prática de trabalho de seus cursos e seus cotidianos.

Inspirados nesses encontros o Município recebeu a visita do grupo de estagiários do VERSUS (Vivências e Estágios na Realidade do SUS) de Passo

Fundo, com a presença de estudantes de diversas universidades do estado e do exterior. Como dinâmica dessa vivência, os estudantes foram provocados, a todo momento, a refletir sobre aspectos do SUS em diferentes momentos, vivenciando também trocas com os usuários do sistema. Além disso, foram distribuídas palavras com algum propósito de iniciar o debate, tais como: saúde, educação, protagonismo, formação. Além disso, o profissional médico, como combinado com o NUMESC, colocou algumas ideias, como: “*Esse SUS do papel não funciona!*” e “*Estou aqui só para juntar dinheiro!*”. Foi uma proposta de iniciar um debate e provocar os estudantes a refletir sobre o SUS. Após isso, foram visitadas todas as unidades de saúde do município e, ao final do dia, ocorreu o grupo de discussão no próprio município, o qual teve a participação dos *versusianos*, de profissionais dos serviços visitados, de membros do controle social, da gestão e o prefeito municipal, conforme relatado em um capítulo de livro publicado pela Associação Brasileira REDE UNIDA (PINHEIRO; FERRI; GARCIA, 2016).

Nesse sentido, constantemente foi possível refletir sobre a verdadeira dimensão da EPS e o impacto que ela ocasiona na assistência e no processo de trabalho. Podem-se citar aqui experiências que foram resultados desse processo educativo que, mesmo sem estar institucionalizado e formalmente apresentado, faz com que mudanças ocorram nos cotidianos dos serviços. Em especial, a implantação do acolhimento nas Unidades de Saúde da Família e dos agendamentos de consultas, o que facilitou o acesso e qualificou o processo de trabalho em saúde no município.

Motivados por essas mudanças dois profissionais do NUMESC participaram da seleção da “Formação Integrada Multiprofissional em Educação Permanente em Saúde - EPS em Movimento” ofertada pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (SGETS/MS), em parceria com a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e a Rede Colaborativa de Governo e ingressaram no curso que teve duração de dezoito meses, colaborando com as discussões e os processos pedagógicos nos serviços de saúde. Foi uma experiência inovadora do ponto de vista do aprendizado e das trocas, pois o curso ocorreu em uma plataforma livre, sem cronogramas e conteúdo definidos, levando o educando a construir a sua trajetória de aprendizados.

Nesse interim, surgiu a ideia de trabalhar com a comunidade a educação em saúde de uma forma mais específica, então iniciamos um projeto chamado Saúde

na Comunidade, no qual semanalmente a equipe desloca-se até uma comunidade e realiza ações educativas, além de orientações, renovações de receitas médicas, verificação de pressão arterial, acompanhamento de IMC, entre outras atividades. Essa atividade iniciou em uma das três equipes de ESF e no planejamento anual de saúde de 2016 se estendeu à todas as equipes, atendendo a todas as comunidades do município.

No mesmo sentido, no planejamento do ano de 2016 foi pautado como prioridade a EPS e, dessa forma, a (re)estruturação do NUMESC, a criação dos espaços de EPS nas reuniões de equipe, entre outros. A partir desse planejamento, foi realizada uma sensibilização com todas as equipes para o processo de EPS nas reuniões de equipe. Essa ideia surgiu com a proposta de “convidar” e “convencer” os profissionais a refletir sobre o fazer em saúde e, a partir disso, aprender a aprender no cotidiano do trabalho, apoiado no processo no qual o sujeito aprende sozinho, com uma intervenção construtivista e de disseminação do saber de forma horizontal e significativa (DUARTE, 2001).

A sensibilização e a proposta de se trabalhar com metodologias ativas, em especial a Aprendizagem Baseada em Problemas, tem o foco no pensamento crítico-reflexivo. Há a valorização da capacidade de aprender e aplicar conhecimentos na resolução de problemas concretos e também a superação da transmissão de conhecimentos para uma estratégia educativa centrada no educando, no qual o problema é o elemento motivador e integrador do estudo. Nesse método, ressaltado por Berbel (1998), trabalha-se com casos práticos relacionados com o cotidiano, no qual os atores envolvidos são os principais responsáveis pela sua aprendizagem, tendo como objetivo desenvolver as múltiplas habilidades e, por fim, ocorre um equilíbrio entre teoria e prática através da promoção da integração de diferentes áreas.

Nessa etapa do processo vivenciado, cada equipe escolheu uma temática para trabalhar no primeiro momento, sendo contemplados os seguintes temas: Programa Bolsa Família, Assistência Social e conflitos entre equipes. Após o trabalho sobre os assuntos e seguindo a metodologia proposta, foram aprofundados os assuntos teoricamente e da mesma forma propostas ações com o objetivo de resolução de problemas. No que tange o Programa Bolsa Família, por exemplo, foi estruturada uma força tarefa para dar conta das ações inerentes à secretaria da saúde no âmbito do programa; em relação à assistência social foi contatada a

secretaria e conversado sobre as principais dificuldades em relação ao trabalho e, por fim, para solucionar os conflitos foram propostas atividades de integração entre as equipes.

Após todo esse percurso do processo de EPS vivenciado na realidade desse município foi realizada a presente pesquisa-ação, com o objetivo de elencar os principais entraves e as potencialidades das equipe para, a partir disso, discutir e construir uma proposta educativa que fosse condizente com os anseios dos profissionais que atuam nesse contexto, com o objetivo de auxiliar na qualificação dos processos de trabalho, qualificação da assistência e satisfação de todos os atores envolvidos.

5.2 As facilidades e dificuldades vivenciadas no processo de EPS

A partir da cartografia da EPS vivenciada no contexto do município de Arvorezinha, faz-se importante conhecer como se dão as práticas de EPS, as quais ocorrem das mais diversas formas e nos mais variados espaços. Conjuntamente a elas existem fatores/situações/momentos/condições que facilitam estas práticas, transformando-as em ações efetivas de educação no trabalho. Para que conseguíssemos discutir e elaborar um projeto que resultasse em impacto no cotidiano da EPS dessa equipe, tivemos que buscar elementos que apoiassem a realização das atividades e outros tantos que se apresentassem como dificuldades para, assim, buscar força e transformar a realidade. A fim de tornar isso possível, os dados apresentados nessa seção são provenientes dos questionários respondidos e validados a partir da discussão nos encontros do seminário, em especial no primeiro.

Inicialmente faz-se importante ressaltar que foram lembradas algumas estratégias para realização das atividades educativas, o que vamos chamar aqui de métodos. Dessa forma, destaca-se o trabalho com metodologias ativas, com temas bem elaborados, além dos atores ressaltarem que alguns representantes do NUMESC participaram de uma especialização em EPS, o que facilitou e oxigenou muitas atividades educativas. Assim, destacamos a utilização de metodologias de ensino-aprendizagem não convencionais, como as metodologias ativas de aprendizagem, a aprendizagem significativa, a pedagogia da implicação e a da problematização. A utilização de metodologias que priorizam a pró-atividade dos envolvidos no processo de ensino-aprendizagem vem em substituição a um modelo

que não responde mais à questões da atualidade dado que, na atual conjuntura social em que vivemos, a rapidez da informação e a evolução das tecnologias está ao alcance de muitos e, para isso, torna-se necessário um método que coloque o sujeito como um ator/construtor do conhecimento e não mais aquele sujeito paciente, que recebia as informações prontas do professor, em um modelo de educação bancária, conforme nos ensina Freire (2015a).

As metodologias ativas de aprendizagem ou de ensino-aprendizagem, como alguns autores a expressam, são baseadas na tríade ação-reflexão-ação, sendo o seu uso lembrado em diferentes estudos como uma estratégia de fortalecimento da Educação Permanente em Saúde (RICARDI; SOUSA, 2015) em que há a participação ativa dos sujeitos envolvidos que, além de poderem articular teoria e prática, problematizam a realidade vivida por cada um (D'ÁVILA *et al*, 2014) para, a partir disso, construir o conhecimento e fazer a experiência de um processo de ensino-aprendizagem baseado nas suas individualidades.

Nesse sentido, há a menção, no estudo de Cardoso (2012), de ações educativas realizadas com a utilização das metodologias ativas de aprendizagem sobre a temática escolhida pelos participantes, que em sua maioria é sobre programas ou políticas do Ministério da Saúde. Em outro estudo, as práticas pedagógicas têm como base a metodologia da problematização, como também é previsto pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2009), contudo utilizam sessões clínicas como estratégia de Educação Permanente em Saúde com usuários, o que tem por consequência a integração entre a própria equipe e a comunidade, configurando-se como um dispositivo de ensino-aprendizagem e de interdisciplinaridade (EZEQUIEL *et al*, 2012).

Desse modo, as experiências de EPS apresentam elementos que facilitam o processo educativo, principalmente no que diz respeito a utilização de metodologias ativas nesse contexto. Entretanto, na realidade pesquisada, não há uma integração efetiva dos usuários com a equipe nesse processo de formação permanente da equipe, diferente do estudo anteriormente citado, apesar de a equipe notar que está bem integrada, conforme os trechos dos questionários a seguir:

“Integração da equipe como um todo.” Q2

“Todo o grupo participa ativamente.” Q21

“Os profissionais estão empenhados continuamente para a realização da EPS.” Q23

Nessa perspectiva e como consequência da integração da equipe, há uma potencialização da vontade de aprender e de realizar trocas, pois, muitas vezes, os profissionais realizam suas atividades e ações sem se dar conta do que estão fazendo, ou seja, não param para refletir sobre o processo que vivenciam.

A união da equipe e participação ativa de todos favorece esse ambiente e valoriza cada membro da equipe como um indivíduo com potencial. Slomp Junior, Feuerwerker e Merhy (2015), em seu estudo, apontam que essa integração é consequência dos encontros que ocorrem entre os diferentes atores implicados na Educação Permanente em Saúde, pois todos têm oportunidade de expressar as suas experiências quando essas metodologias são utilizadas.

Outro elemento facilitador apresentado pelos atores desta pesquisa é o fato de haver abertura da gestão para o NUMESC trabalhar com as equipes, pois se a gestão não autorizasse as equipes não estariam ocupando esses espaços, uma vez que a EPS é realizada, principalmente, nas reuniões de equipe e se criou e mantém um espaço para tal. Nesse seguimento, D'Ávila *et al* (2014) apontam que um dos elementos que facilitam a realização da EPS é a adequação do espaço físico que favoreça o processo educativo. Nesse caso, podemos superar a compreensão do espaço físico e também entender o espaço dedicado para a reunião de equipe como a oportunidade de reunir o grupo em um espaço temporal.

Além do mais há a priorização pela escuta ativa de toda a equipe a partir de práticas dialógicas e que fomentem a discussão através da disposição dos ambientes em círculo. Outros estudos também demonstram que a disposição em círculo facilita a discussão dos assuntos, predispõe a maior participação dos sujeitos e gera outras possíveis relações entre os sujeitos (RODRIGUES; VIEIRA; TORRES, 2010; ARAÚJO; PONTES, 2012; CARDOSO, 2012), relações estas baseadas em princípios como *“horizontalidade, descentralização do poder, autonomia, responsabilização e grupalidade das equipes”* (ARAÚJO; PONTES, 2012, p. 2362). Esses princípios corroboram para o desenvolvimento de ações democráticas que valorizam a participação e a contribuição de todos na construção do conhecimento como um espaço importante de trocas.

Para que as ações possam ocorrer, é necessária organização e planejamento. Contudo, a equipe do NUMESC é limitada, poucos participam ou se envolvem nesse processo de planejamento e esses são vistos conforme o relato a seguir:

“O grupo que organiza e é visto com boa vontade, não fazem nada por obrigação, mas sim porque gostam, tem prazer de estar fazendo e tentando ir além. Tem boa vontade em fazer e não obrigação. E essa boa vontade transmite para a equipe, assim a equipe interage mais.” Seminário 1

Esse elemento pode ser visto como facilitador, mas também pode ser um entrave para o processo de EPS, pois não há algo inerente ao trabalho, o que seria fundamental para que a EPS ocorresse de forma natural e proveitosa a todos.

Alguns estudos apresentam o planejamento como algo importante e básico para que as ações educativas obtenham sucesso, uma vez que o planejamento das ações contribui para que a equipe se organize, a medida que a atividade é prevista com antecedência e obedece certa periodicidade (RICARDI; SOUSA, 2015). Corroborando ao que ocorre nessa realidade, Zavarese Da Costa *et al*, (2010), apresentam uma realidade na qual as atividades de ocorrem, em sua maioria, nos espaços já formalizados de educação ou de organização e planejamento, que são as reuniões de equipe e estão inseridas na carga horária de cada profissional. Dessa forma, os trabalhadores apontam que essas reuniões representam uma atividade produtora de ações educativas.

Essa previsão da atividade na carga horária semanal do profissional com a programação prévia leva à participação de todas as categorias profissionais nos espaços de Educação Permanente em Saúde realizada nos serviços (ZAVARESE DA COSTA *et al*, 2010; RODRIGUES; VIEIRA; TORRES, 2010; CARDOSO, 2012). Isso contribui para que haja o desenvolvimento da interdisciplinaridade que, segundo Ezequiel *et al* (2012), é consequência da Educação Permanente em Saúde, pois quando os saberes e vivências são colocados no mesmo plano, temos a interação da teoria com a prática e vice-versa, fazendo com que esse processo se torne dinâmico e transformador de realidades. Articulando diferentes saberes, cria-se outras formas de construção do trabalho, extrapolando o que está previsto nos protocolos e manuais, chegando ao campo das subjetividades em saúde (RAMOS, 2009).

Outro aspecto salientado pelos atores diz respeito à escolha dos assuntos a serem trabalhados pelo NUMESC, salientando que são de relevância para o trabalho em saúde e das equipes de saúde da ESF. Relatam que todos participam do processo de escolha, o que é visto também em um estudo que aponta uma prática de escuta dos participantes, a qual foi fundamental para a escolha dos

assuntos a serem discutidos, ofertando liberdade aos envolvidos. Isso demonstra o interesse dos facilitadores em construir um processo educativo colaborativo com os partícipes (RODRIGUES; VIEIRA; TORRES, 2010).

Para tanto, é preciso que estas ações ocorram em nível local, observando a realidade e que surjam das necessidades dos sujeitos envolvidos, como preconizado pela Política Nacional de Educação Permanente em Saúde – PNEPS (BRASIL, 2009) e como exposto no estudo de Ricardi e Sousa (2015). Outro trabalho de Barbosa, Ferreira e Barbosa (2012) aponta que a construção do conhecimento *in loco* favorece a compreensão da prática e da autonomia na Educação Permanente em Saúde, o que também serve como meio de instrumentalização profissional para o trabalho com a Estratégia Saúde da Família (ZAVARESE DA COSTA *et al*, 2010). Assim, podemos dizer que é importante que as ações ocorram em nível local, trabalhando com a realidade dos sujeitos envolvidos, o que levará a consequências no trabalho da saúde da família, pois quando a ação é construída sobre a realidade dos sujeitos existe uma apropriação dos mesmos em relação ao assunto e o resultado dessa ação incidirá sobre a realidade vivenciada pelos atores.

Podemos citar outras experiências em que a Educação Permanente em Saúde dá-se a partir da construção coletiva dos atores envolvidos, contextualizadas à realidade vivenciada pelos indivíduos e incorporada no cotidiano do trabalho (SILVA; PEDUZZI, 2011; SLOMP JUNIOR; FEUERWERKER; MERHY, 2015). Elas, igualmente, envolvem a resolução de problemas que são levantados pelas equipes ou aspectos dos processos de trabalho (ARAÚJO; PONTES, 2012; CARDOSO, 2012; FORTUNA *et al*, 2013; D'ÁVILA *et al*, 2014).

Essas ações, quando construídas de forma coletiva, dialógica e horizontal, colaboram para processos formativos significativos para as equipes da Estratégia Saúde da Família, gerando significados importantes para o processo de trabalho, estabelecendo uma relação de ação-reflexão-ação ou teoria-prática. Isso tudo contribui para o princípio de que o processo educativo precisa partir da realidade vivenciada pelos sujeitos, envolvendo-os, e que busque uma melhoria no processo de trabalho e, conseqüentemente, melhoria da assistência prestada à comunidade. Buscamos, assim, construir no cotidiano dessa realidade ações educativas que produzam significados aos sujeitos e ao trabalho em saúde.

Outros elementos foram destacados como dificuldades ou entraves que são os percalços que a Educação Permanente em Saúde passa na realidade da

Estratégia Saúde da Família desse Município, como a falta de participação de alguns profissionais, a sobrecarga de trabalho, a falta de infraestrutura, a desvalorização do saber dos profissionais de nível médio e as dificuldades de compreensão dos métodos utilizados na ação educativa.

Os atores trouxeram a falta de interesse e a falta de participação de alguns profissionais como uma das dificuldades que causam atrasos no processo educativo. Apontam que seria importante despertar o interesse dos profissionais e não apenas dos profissionais que compõem o NUMESC.

Podemos também comparar aspectos da formação em saúde com a forma tradicional de aprender. Por exemplo: se questionássemos as equipes sobre o que está faltando, com certeza ouviríamos que é capacitação e formação. No entanto, ao propor um processo de EPS em que os indivíduos são responsáveis pelo seu aprendizado, nos quais precisariam discutir a sua prática, não seria o mais importante no que tange à sua capacitação e formação. O que aparenta é que os profissionais gostariam que viesse um “professor”, um “detentor do saber” para ensinar de maneira tradicional, na lógica da transmissão do conhecimento.

Nessa lógica verificamos, em alguns estudos, a falta de apoio e participação de alguns profissionais, como médicos (RICARDI; SOUSA, 2015) e farmacêuticos (CARDOSO, 2012), mesmo ambos estando presentes na maioria das unidades de saúde e compondo as equipes de saúde. Coincidentemente, na realidade em que estamos retratando, se enquadram estes e os da saúde bucal. A questão maior nessa análise dá-se por problema na adesão, que muitas vezes é apontado como um facilitador e, nestes casos, como um entrave na prática da Educação Permanente em Saúde. Uma vez que o profissional não está ocupando os espaços que são seus, ele acaba deixando de interagir com os demais membros da equipe e comprometendo a articulação interdisciplinar e o trabalho com a comunidade.

Outro relato de um profissional nos apresenta uma dificuldade que acaba causando transtornos na construção da EPS, como segue:

“Percebe-se que na reunião de equipe das ESF existe um descaso com os técnicos presentes. Infelizmente, ainda, nas ESFs do município o saber está mais direcionado ao saber médico.” Q3

Assim, percebemos que há uma valorização do saber biomédico, desvalorizando os demais conhecimentos ali presentes. Do mesmo modo, Fortuna *et al* (2013), apresenta um entrave no processo de educação no trabalho, que é a

desvalorização dos profissionais de nível médio – agentes comunitários de saúde e auxiliares/técnicos de enfermagem. Esse fato dá-se pela visão que muitos profissionais têm de que o conhecimento teórico é superior à vivência, e não a visão de que um é complementar ao outro e, isoladamente, nenhum tem a eficácia na construção do conhecimento. Nota-se ainda a divisão técnica e social do trabalho, a forte hierarquização e as relações de poder verticalizadas como condições para essa desvalorização. Embora em alguns locais a valorização ocorra, é preciso refletir como, em nosso cotidiano, trabalhamos com os diferentes grupos de profissionais para alcançar uma condição de interdisciplinaridade nos serviços de saúde.

Nessa lógica, podemos analisar que essa dificuldade em trabalhar com os diferentes no cotidiano não é algo novo e só será superado quando os trabalhadores se apropriarem dos espaços de discussão. Segundo Silva e Peduzzi (2011), há uma falta de tradição dos trabalhadores da saúde que ocupam estes espaços, refletindo na dificuldade em realizar atividades emancipatórias de educação no trabalho. Já em outras áreas do conhecimento como as humanas e sociais, os profissionais são preparados para estar presentes nestes espaços, empoderando-se das discussões.

Outro elemento que vemos como uma dificuldade está associado a concepção de EPS que os profissionais apresentam. No mesmo sentido elencado anteriormente, no qual o saber está centrado no tecnicismo e no modelo biomédico, surgiram algumas observações e sugestões por parte de alguns profissionais, para que o processo de EPS se tornasse mais técnico e conduzido de uma forma mais tradicional, sugerindo a utilização de metodologias tradicionais.

Podemos observar ainda uma dificuldade na inter-relação teoria-prática no que diz respeito aos processos de educativos em saúde (TESSER *et al*, 2011) posto que os profissionais estão acostumados com a realização de procedimentos, geração de dados e, enfim, inúmeras ações técnico-científicas, mas quando é preciso olhar para essa prática de trabalho e para os dados para, a partir disso, realizar ações de educação no trabalho, com o intuito de qualificar as atividades dos serviços, há uma dificuldade em relação a esse processo.

Corroborando com essa compreensão, Silva *et al* (2010) ressaltam que este processo educativo vai além do aperfeiçoamento técnico, possibilitando transformações, novas visualizações, ampliação da visão e principalmente a valorização dos conhecimentos coletivos dos trabalhadores envolvidos nas ações. Assim, é importante que essa relação teoria-prática possa ser vivenciada no dia-a-

dia dos serviços e incorporadas às ações de Educação Permanente em Saúde com o objetivo da melhoria contínua das ações e serviços.

Outro aspecto evidenciado pelos atores é a falta de estrutura física adequada, já que uma das unidades do município não possui uma sala de reuniões. D'Ávila *et al* (2014) e Ricardi e Sousa (2015), em seus estudos, demonstram que há uma precariedade no que diz respeito à infraestrutura, o que dificulta a realização das atividades educativas, da mesma forma que é possível verificar a falta de interesse em adequar os recursos institucionais para que as práticas de Educação Permanente em Saúde ocorram satisfatoriamente nos serviços.

Tudo isso integra o planejamento que precisa ocorrer de forma estratégica e sistematizada com a equipe, no entanto é fundamental um espaço adequado para a realização das ações educativas no trabalho. Os sujeitos mencionam, ainda, as dificuldades em relação à falta de conscientização da população sobre a importância da EPS, a sobrecarga de trabalho e o excesso de demanda nas equipes.

Sobre a conscientização da população sobre a EPS, fazem menção a todos os profissionais que, em suas atividades, precisam envolver-se e explicar para a população sobre a importância das atividades educativas com o objetivo de melhorar a assistência à saúde. Dessa forma, seria interessante se houvesse um envolvimento dos usuários no processo de EPS. Um estudo de Cardoso (2012) relata que é possível notar que poucas são as experiências que integram os usuários nos processos educativos no trabalho, pois é mais conveniente para alguns profissionais que os usuários busquem apenas a equipe quando estiverem precisando de algo e não para discutir problemas ou situações do cotidiano dos serviços.

Verificamos outra situação considerada como uma limitação, apontada por alguns profissionais e ratificada por Ricardi e Sousa (2015) e Fortuna *et al* (2013), que é a sobrecarga de atividades, programas e os problemas vivenciados pelas famílias sob responsabilidade dos profissionais da Estratégia Saúde da Família. Essa situação dificulta, pois desequilibra as agendas profissionais complicando o atendimento aos usuários.

É possível notar que uma possível sobrecarga de responsabilidades pode se dar pela falta de planejamento e, conseqüentemente a isso, pela dificuldade na organização dos serviços, ocasionando problemas no atendimento à população e,

consequentemente, mantendo os profissionais inundados na assistência à saúde, deixando em segundo plano alguns aspectos relativos aos processos educativos.

5.3 As contribuições da Educação Permanente em Saúde no processo trabalho

Após verificar as facilidades e dificuldades no processo de educação permanente é preciso compreender como a EPS contribui para o trabalho em saúde. Desta forma, neste tópico vamos apresentar três categorias geradoras que os participantes manifestaram sobre as contribuições da EPS junto aos diferentes atores: o processo de trabalho junto aos usuários, o processo de trabalho com a equipe e a relação com a gestão.

5.3.1 Contribuições da EPS no processo de trabalho junto aos usuários

Inicialmente, pela ótica dos trabalhadores da APS do município estudado, muitos afirmam que as ações de EPS atuam no fortalecimento do trabalho em saúde e no fortalecimento dos trabalhadores.

“Sim, contribui e muito pois baseado nos casos estudados podemos usar na prática cotidiana com os usuários.” (Q1)

“Me ajudou muito a ter mais confiança na relação com eles.” (Q2)

Nesses relatos os trabalhadores referem que, em suas práticas cotidianas, a EPS fortalece a relação com os usuários e o cultivo do vínculo com os mesmos. Os casos estudados durante esse processo estão associados à realidade vivenciada pelos profissionais e, devido a isso, as ações agregam um valor significativo para eles. O processo educativo apresenta um elemento transformador que, segundo Freire (2015a), auxilia os sujeitos a refletir sobre a sua própria realidade e os torna capaz de desenvolver e intervir no cotidiano.

Concomitantemente, a Portaria nº 278, de 27 de fevereiro de 2014, reafirma os princípios e as diretrizes da Educação Permanente como estratégia para a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores, apostando no fortalecimento da EPS como ferramenta das práticas das equipes e dos contextos de trabalho, tendo como objeto de análise os processos de trabalho e como método a reflexão problematizadora, gerando processos de aprendizagem significativa (BRASIL, 2014). Corroborando a isso, os trabalhadores associam o processo educativo a

novas formas de fazer saúde. Assim, podemos dizer que essa ferramenta provoca inquietações no trabalho cotidiano e nas interações, resultando em ações de saúde diferentes das vivenciadas nos cotidianos dos serviços de saúde, como ações educativas nas comunidades, atendimentos domiciliares, grupos terapêuticos, atividades coletivas, reuniões, entre outras.

“EPS lança novos olhares sobre a forma de fazer o trabalho em saúde.” (Q4)

“Compartilhamento das ações, é um trabalho vivo, é um trabalho em ato.” (Q3)

A respeito do trabalho vivo em ato, Merhy e Franco (2006) conceituam-no e auxiliam-nos a entender e experimentar uma nova visão sobre o trabalho em saúde, que é essencialmente coletivo, pois depende da interação dos diferentes atores e tem como finalidade cuidar do usuário. Esses novos olhares representam a superação do modelo biomédico na tentativa de alçar o olhar para a saúde da população, dos grupos e coletividades do território. Assim, a EPS ajuda-nos a superar o mecanicismo vigente, ampliando o conceito de trabalho em saúde e, conseqüentemente, qualificando os serviços.

Os trabalhadores apontam para a importância de o seu trabalho estar associado a essa finalidade: o cuidado do usuário. Segundo Franco e Merhy (2012), o trabalho vivo nos proporciona inúmeras possibilidades de encontro com o usuário, pois tem a interação como a chave do cuidado e aponta para a construção participativa do projeto terapêutico, tudo isso baseado na singularidade do sujeito que está participando dessa troca, levando o trabalhador a aproximar suas atividades e a produção do cuidado às necessidades reais dos usuários. Podemos observar dois recortes que nos apresentam essa percepção.

“Temos que compreender que o cuidado em saúde deve estar centrado no usuário.” (Q17)

“[...] com certeza, pois não tem melhor que o usuário para realmente saber se o nosso objetivo é alcançado [...].” (Q20)

A EPS, estando ligada ao conceito do trabalho vivo, colabora para o trabalho em saúde, pois notamos que não se trata de uma clínica centrada na patologia e na doença. Mesmo que essa superação ainda seja muito singela, é possível associar este fato ao investimento que este corpo de profissionais vem fazendo nos últimos anos em estratégias educativas com base na EPS.

Nesse interim, outras contribuições (não menos importantes) revelam aspectos relacionados à qualificação dos trabalhadores: questões de diálogo, entendimento e escuta.

“Na maneira como conversar e entender.” (Q11)

“Sim, pois um entendimento mais abrangente nos guia.” (Q24)

Com essas falas podemos inferir que a EPS é fundamental para o trabalho em saúde, uma vez que, na APS, no atual cenário de busca na transformação do modelo assistencial, precisa-se desenvolver as tecnologias leves e as demais conforme cada projeto terapêutico. Tudo isso impacta na reestruturação produtiva da saúde, que é um modo diferente de produzir saúde, pois não está centrada no ato prescritivo, mas nos aspectos relacionais, afetivos e subjetivos dos sujeitos envolvidos (FRANCO; MERHY, 2012).

Na perspectiva de aprofundar as relações e, com isso, qualificar o trabalho, os profissionais apresentam o que chamam de “trocas” como um fator contribuinte da EPS no fazer em saúde e em especial junto aos usuários, o que impacta nos serviços.

“A troca de experiências, o compromisso com o público alvo fortalece os desafios encontrados, cria espaço de aprendizagem.”

(Q27)

“[...], por permitir que com a troca de experiências entre todos os componentes possamos adaptar o serviço de acordo com a necessidade da população.” (Q29)

A partir disso, são criadas adaptações nos serviços de saúde tendo como guia as necessidades da população e, assim, os profissionais organizam-se para facilitar o acesso da população. Nesta atitude de troca, é expresso o compromisso da equipe com os usuários e com o processo educativo, que se dá em todos os momentos, independentemente de ser um espaço dedicado para tal, ou seja, existem momentos de aprendizagem até mesmo na discussão das ofertas de serviços da equipe. Barbosa, Ferreira e Barbosa (2012) apontam que as mudanças ocorrem quando os indivíduos têm a chance de revisar suas ações e refletir sobre elas, buscando novas possibilidades. Para tal, é necessário o envolvimento de todos, já que este momento de troca irá gerar um conhecimento novo e com significado para todos os sujeitos.

Reforçando essa questão um dos participantes da pesquisa refere que o saber da experiência vem sendo reforçado com a EPS.

“[...] Se entendermos que a EPS é o saber da experiência, então significa que estamos falando e aprendendo junto do nosso usuário, pois nossas experiências estão diretamente ligadas ao usuário. Não tem como separar nossos aprendizados e conhecimentos do usuário.” (Q5)

Quando se traz o conceito do saber da experiência para a EPS, superamos a lógica educativa tradicional e nos deparamos com uma lógica que valoriza as individualidades, experiências e vivências dos sujeitos envolvidos no processo (EPS EM MOVIMENTO, 2014a). Tudo isso colabora para a construção de uma ação educativa libertadora que produz autonomia e satisfação, pois cria uma conexão intensa com a realidade vivida (FREIRE, 2015b), rompendo possíveis barreiras entre profissionais e usuários. Na mesma lógica, outro participante aponta que a EPS está associada ao trabalho, pois a mesma precisa surgir do trabalho e impactá-lo de certa forma.

“[...] A EPS sempre está associada ao nosso trabalho.” (Q23)

Esse relato referenda o que nos apresenta a PNPES, uma política de formação e desenvolvimento para o SUS que valoriza a aprendizagem no trabalho, incorporando o aprender e ensinar ao cotidiano (BRASIL, 2009), no sentido de transformar as práticas e qualificar os serviços como uma estratégia de superação dos problemas vivenciados pelas equipes.

“Contribui com novas formas de ver o “problema”, a situação vista por mais olhares sempre fica mais fácil de ser resolvida.” (Q26)

“Contribui na superação de certos problemas detectados em equipe, podendo oferecer um melhor atendimento ao usuário.” (Q30)

Com base nesse relato e na bibliografia podemos afirmar que existem lacunas na formação dos profissionais de saúde, como a falta de conhecimentos sobre o SUS e os processos educativos. A EPS auxilia na superação de diversos problemas e, ainda, é fundamental para o desenvolvimento e consolidação da ESF (PAULINO; SOUZA; BORGES, 2010). Dessa maneira, a EPS tem a característica de emanar da realidade vivenciada pelos profissionais e buscar suprir as necessidades na tentativa de qualificar os serviços (SILVA *et al*, 2012). Estes autores nos

provocam a refletir sobre a importância da EPS no tocante à resolução de problemas que fazem parte do cotidiano de trabalho dos profissionais da APS.

Assim, Silva *et al* (2014) evidenciam que o dia a dia dos profissionais dá-se em um cenário de produção de problemas que são desafiados e resolvidos buscando a visão da EPS para agir e articular possíveis resoluções destes nós críticos corriqueiros. Entretanto, a EPS é vista como algo complementar e não essencial no contexto do trabalho em saúde, como evidenciado neste recorte a seguir:

“É um complemento para o nosso trabalho.” (Q18)

A partir desse recorte entendemos muitas das dificuldades encontradas na prática da EPS, pois não há um olhar para esse processo como algo essencial e necessário para o trabalho em saúde, que precisa caminhar conjuntamente ao nosso fazer cotidiano. Poderia ser considerada complemento se não houvesse regulamentação em nível nacional, como política pública e estratégica de educação no trabalho, por meio da PNEPS (BRASIL, 2009). Entretanto, existem dificuldades de compreensão por parte dos atores da real importância que a EPS possui no contexto do SUS. Em outro estudo, Peres, Silva e Della Barba (2016), demonstram que as dificuldades de compreensão no que diz respeito à EPS caracterizam-se como um impasse para sua implementação, ratificando o que visualizamos no fragmento citado.

Toda essa dificuldade se dá pelo fato de não compreender os princípios e diretrizes que regem essa política que permeia todo o nosso fazer em saúde. Assim, podemos transpor esse pensamento para a prática da APS. Ao realizar um acolhimento de um usuário na USF, estamos trabalhando conceitos da EPS, ou seja, a forma como eu valorizo o que este usuário está relatando, como eu olho para ele, qual a minha postura diante do usuário, como se dá a construção do vínculo, o que será oferecido quando ele procura a unidade, qual a oferta que a unidade possui, qual é a demanda que o usuário apresenta, é possível a equipe trabalhar com este usuário para resolver o problema, entre outros. Tudo isso e muito mais é perceptível no contato do profissional com o usuário e, com isso, podemos notar que a EPS está presente nos mais variados espaços de trabalho em saúde, porém ainda é vista como complemento.

Notamos, também, que alguns profissionais olham e vivem a EPS como uma transmissão de informações, lógica que busca ser superada a cada dia com novos conceitos de aprendizagem.

“Conhecimento para eu levar aos usuários.” (Q12)

“Me ajudando a transmitir aos usuários informações sobre os trabalhos que estão sendo oferecidos.” (Q28)

Podemos refletir alguns pontos importantes: que sentido tem esse conhecimento para o usuário? Ele é significativo? Ou simplesmente eu, como profissional, tenho a obrigação de “transmitir”? Precisamos encontrar o que faz sentido, o que dá sentido às informações, àquilo que será “inculturado”, vivenciado pelo usuário e não apenas transmitir algo para cumprir uma obrigação legal. Aqui verificamos uma lógica educativa tradicional que não valoriza o sujeito envolvido e está baseada na teoria da transmissão de conhecimentos (FREIRE, 2015a). Já em outro relato, notamos que também se valoriza a experiência do usuário e que, com ela, os trabalhadores podem e aprendem muito.

“Sim, porque tanto as ACS como profissionais tentam sempre levar informações para eles (usuários), mas também, ao mesmo tempo, ainda aprende muitas coisas com eles.” (Q19)

Essa percepção nos faz pensar que este aprendizado significativo faz efeito no fazer saúde na APS, pois as trocas se dão de forma instantânea. Assim como o profissional oferece a informação ele aprende com o usuário, e aí está uma riqueza que precisa ser explorada, que é a “conversa” entre os saberes acadêmico e popular. Dessa forma, Lopes, Freitas e Maciel (2015), demonstram que a educação em serviço visa transformar as práticas pedagógicas, criando espaços de reflexão sobre a prática de trabalho, superando os limites da qualificação. Entendemos que o fato de buscar manter uma postura dialógica com todos os atores, nos mais diversos espaços, abre caminhos para melhorias no campo da EPS na APS.

5.3.2 Contribuições da EPS no processo de trabalho com a equipe

Neste segmento vamos apresentar as contribuições da EPS, na ótica dos trabalhadores, no processo de trabalho com a equipe. A EPS se dá no cotidiano do serviço, partindo da realidade e das dificuldades. Sabemos que não é possível resolver os problemas sozinhos, nem trabalhar de forma isolada. Assim, precisamos

estabelecer formas de trocas com os demais profissionais. Os trabalhadores demonstram de que forma utilizam essas ferramentas de troca, como segue:

“[...] é uma troca de conhecimentos onde nós agentes de saúde aprendemos e os profissionais que fazem parte da EPS aprendem com nós.” Q20

“A troca de informações cria um melhor entendimento e cria também um elo mais forte com os colegas.” Q24

Os profissionais definem, em sua compreensão, a EPS como um espaço de troca de conhecimentos, de informações e de ideias, as quais contribuem para o processo educativo e de relação com a equipe de saúde. Silva *et al* (2014), referendam que a EPS é um espaço de troca. Ela amplia a compreensão de conceitos como interdisciplinaridade buscando dar novo sentido às práticas de todos os profissionais que compõem a equipe, por meio das trocas. Assim, a EPS colabora para refletir sobre as práticas, proporcionando diferentes aprendizados.

“Sim, porque (re)pensamos sobre nosso fazer. [...] percebe-se que é através da EPS que identificamos nossas dificuldades e facilidades e é através dela que conseguimos nos movimentar.” Q5

“Sim, porque no momento de EPS as pessoas tende a se abrir mais (falar mais), e acabamos aprendendo mais um com o outro.” Q13

As trocas que ocorrem na EPS, as possibilidades de refletir sobre o fazer em saúde e os conhecimentos adquiridos proporcionam atitudes reflexivas a respeito dos mais variados temas e isso permite que modificações e movimentações possam ocorrer de forma concreta no dia a dia dos serviços (PAULINO; SOUZA; BORGES, 2010). Para Barbosa, Bocchi e Barbosa (2014), o principal momento para a EPS é o da reflexão crítica sobre a prática de trabalho que gera transformações e movimentações na realidade dos serviços. Nesse sentido, os trabalhadores referem que a EPS contribui também para esclarecer dúvidas e gerar novos aprendizados.

“Contribui e muito pois junto com a equipe podemos esclarecer dúvidas e formular novos conceitos sobre a situação do momento.” Q1

Para Barbosa, Bocchi e Barbosa (2014), os espaços de EPS favorecem a responsabilização dos profissionais produzindo novos saberes e práticas. Ainda, os trabalhadores trocam informações e conhecimentos, com o objetivo de melhoria no atendimento à população. Toda essa contribuição é gerada a partir das ações coletivas que se dão nas equipes.

“Aprendemos juntos.” Q18

“Por ser um trabalho em equipe a educação permanente fortalece o trabalho, a relação entre os membros da equipe [...]” Q27

“Porque passamos a refletir juntos sobre o ‘problema’ e solucioná-lo juntos, ou buscar sobre algum assunto de interesse da equipe.” Q32

Nestes recortes verificamos formas de conduzir a EPS que são primordiais para sua realização, conforme o preconizado pela sua política, desde a concepção até aos resultados esperados. A construção coletiva das ações de EPS e a reflexão colaborativa precisam se dar de forma horizontal, sem hierarquizações e com a participação e valorização das contribuições de todos os atores envolvidos. Ainda, sob o ponto de vista do fortalecimento do trabalho, Silva *et al* (2012), reforçam que a EPS precisa ser um dispositivo que promova interação entre os trabalhadores, crescimento em todos os âmbitos e impulse melhorias significativas nas ações e no trabalho em equipe. No mesmo sentido, Cardoso (2012), corrobora que o desenvolvimento dos profissionais é fundamental para que ocorram mudanças no modelo assistencial e na qualidade do sistema de saúde. Dessa forma, há relatos da EPS contribuindo para a melhoria dos serviços, desenvolvendo uma atitude democrática de disseminação do conhecimento, uma vez que todos os envolvidos são atores e proativos nesse processo.

“Pois faz com que abramos a visão para um cuidado melhor e maior em relação ao usuário.” Q17

Este trabalhador nos demonstra que há comprometimento da EPS com a melhoria da qualidade da assistência e o fortalecimento do vínculo com os usuários, assumindo a função de facilitador no processo de cuidado com a comunidade e no fortalecimento da equipe e das relações de trabalho.

“Unindo todos os participantes da equipe.” Q2

“Contribui para o melhor trabalho da equipe.” Q30

Dessa forma, Brandão e Oliveira (2013), destacam que a EPS desperta nas equipes o desejo de transformar e melhorar as relações de trabalho. Isso tudo se dá pelo fato de todos possuírem acesso ao conhecimento disponibilizado pela EPS, pela forma de condução do processo educativo de maneira horizontal e democrática. Colaborando com isso, temos as informações a seguir que versam sobre a EPS ser espaço de expressão.

“Troca de informações e diálogo em equipe, podendo dar nossas ideias.” Q10

“Por que sempre através da Educação Permanente temos a oportunidade de falar o que pensamos.” Q33

Espaço de liberdade dos profissionais, onde podem expressar suas ideias, falar o que pensam. Conforme o relato, entendemos a EPS como um instrumento de exercício das relações e de diferentes aprendizados possíveis no cotidiano dos serviços, além de um ambiente democrático onde cada ator pode expressar sua experiência que, segundo Merhy (2015), é:

“[...]como seu eixo e recolhendo isso como um experimentar de si, com os outros. Abrindo-se para o acontecimento como elemento de atização do que já fizemos de nós mesmos, convidando a novas formas e possibilidade do agir consigo e com o outro, conduzindo novas formas de conhecimento e atualização de outros.” (MERHY, 2015, p.12)

Essa experimentação pode ser relacionada com os trabalhadores e suas equipes e consiste na possibilidade de ter voz e vez no processo educativo, ou seja, serem ativos. Porém, no cotidiano das estruturas organizacionais, enrijecidas estes espaços tornam-se escassos. Entretanto, no processo de EPS se dão de forma natural e facilitam as novidades no que diz respeito a possibilidades de ação e de produção de conhecimentos, corroborando para a prática de trabalho em saúde. A partir da experiência que pode ser expressada, há o que chamamos de aprender no trabalho, apoiado pela aprendizagem significativa, como relatado a seguir:

“[...] os participantes integram positivamente. E a reflexão do aprendizado compartilhado ganha valor quando relacionado a realidade dos participantes.” Q4

O aprendizado torna-se significativo pois está ligado à realidade e ao viver dos atores envolvidos no processo de EPS. Essa aprendizagem que dá significado a cada sujeito é a base da EPS, conforme a PNEPS (BRASIL, 2009, p.20), *“a educação permanente se baseia na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais”*. Para agregar valor ao processo educativo em serviço é necessário que haja reflexão e identificação com a prática e os problemas, assim, tornando a aprendizagem significativa.

Consoante a esse conceito, podemos acrescentar que a EPS gera um certo empoderamento ao grupo, pois ela se dá no espaço coletivo e, dessa maneira, proporciona ambientes favoráveis à reflexão da própria prática profissional e em equipe. Refletindo sobre o âmbito coletivo da EPS, entendemos que este se torna um dispositivo essencial para o trabalho em saúde e, quiçá, um sonho no contexto do SUS, já que impacta diretamente na sua consolidação e na efetiva qualificação.

Dessa forma, o eterno artista Raul Seixas, em uma de suas composições, nos permite sonhar com a EPS nesse contexto:

“Sonho que se sonha só

É só um sonho que se sonha só

Mas sonho que se sonha junto é realidade” (música Prelúdio de Raul Seixas)

Com suas palavras, o compositor reforça o caráter coletivo, participativo e significativo que notamos ser fundamental à EPS e sem o qual ela se descaracteriza, tomando outro sentido no trabalho em saúde e no SUS.

Contrapondo as demais compreensões sobre este processo, é trazida a compreensão de que ainda os conhecimentos e as próprias equipes estão centrados no saber biomédico, segundo a ótica de um profissional.

“Infelizmente, ainda, nas ESFs do município o saber está mais direcionado ao saber médico.” Q3

Verificamos esta informação quando analisamos a bibliografia e nos deparamos com práticas de educação continuada que facilmente são confundidas com a EPS. Alguns estudos sobre práticas de EPS ainda apresentam experiências centradas no modelo biomédico, na transferência e na atualização de conhecimentos, o que pode gerar conflitos entre o entendimento da EPS e da educação continuada (BARBOSA, FERREIRA, BARBOSA; 2012; BARBOSA, BOCCHI, BARBOSA; 2014; SOUSA, BRANDÃO, PARENTE; 2015; ANDRADE *et al*, 2016).

5.3.3 Contribuições da EPS na relação com a gestão

Dando seguimento, vamos apresentar as contribuições da EPS na visão dos trabalhadores acerca da gestão. Os trabalhadores compreendem que a EPS oferece a mesma oportunidade à gestão, a de pensar sobre o seu fazer, podendo dessa maneira qualificar as ações das equipes e dos serviços. Assim, notamos o relato do trabalhador a seguir:

“[...] a gestão participando da EPS(...), é convidada a (re)pensar suas práticas e aprender junto com as equipes.” Q5

Não obstante, Marcondes *et al* (2016), reforçam que a EPS é algo indispensável na consolidação do SUS, porém apontam para dificuldades como desarticulação entre gestão e profissionais, falta de adesão à EPS, entre outras.

Nesse caso, superamos algumas dessas dificuldades, pois a EPS é proposta a partir das vivências dos trabalhadores, articuladas por eles e concretizada da mesma forma. Essa característica impacta diretamente no fazer da gestão, que mantém uma abertura ao diálogo e à participação como consequência do processo educativo dos trabalhadores, em especial na resolução de problemas.

Em outros momentos, porém, notamos que a compreensão do papel da gestão e da localização dessa estrutura é vista como algo distante, um “ente” separado do fazer em saúde, algo que necessita de uma representação oficial. O que vamos visualizar, de uma forma geral, nos relatos dos profissionais que possuem este entendimento, como segue:

“Porque cada um de nós contribuimos um pouco com a gestão. Apesar da gestão não estar presente na EPS.” Q13

“Contribuiria de forma positiva se houvesse apoio e participação dos gestores nas rodas de conversa de EPS.” Q3

“Poderia contribuir mais, se a gestão participasse mais ativamente das reuniões e buscasse algumas soluções.” Q31

Por não verificar a presença de algum gestor ou representante, alguns profissionais entendem que não há participação da gestão nesse processo, o que se comprova pelos apontamentos supracitados. Entretanto, se não houvesse participação da gestão, sequer a EPS ocorreria, pois esta depende de uma abertura da gerência e da articulação dos trabalhadores. A dificuldade desse entendimento concentra-se na limitação de visualizar que todos são e fazem a gestão, não necessitando da presença do gestor oficialmente nesse contexto. Dessa maneira, os profissionais notam que seria necessária essa presença física, para auxiliar o andamento do trabalho da APS.

Por outro lado, podemos observar a concepção de que todos contribuem com a gestão. Quando se trata sobre o trabalho em saúde, todas as ações se dão a partir dos encontros entre os diferentes atores. Dessa maneira, todos interferem nos encontros, assim como todos atuam e todos tomam decisões, no âmbito da micropolítica. Para que a gestão produza conversas, negociações e reflexões é necessário que a EPS seja uma prática cotidiana e imperativa no trabalho em saúde (EPS EM MOVIMENTO, 2014b). Consoante a isso, outros ampliam essa compreensão de que a EPS fortalece a rede e o trabalho coletivo, apontando esse fato como uma contribuição da EPS no campo da gestão.

“Auxilia todos os membros da saúde porque somos uma rede.” Q18

“Trabalhamos e dependemos uns os outros na saúde, se o nosso trabalho flui, facilita o trabalho de nossos gestores e vice-versa.” Q22

O fortalecimento do trabalho coletivo e da gestão em saúde é apoiado e viabilizado pela EPS. Corroborando a isso, Gigante e Campos (2016), reforçam que a EPS é um dispositivo essencial para transformar o trabalho em saúde, qualificar as ações e oferecer suporte à gestão. Nessa perspectiva, nos é apresentada uma visão sistêmica do processo de trabalho, por meio do planejamento de ações e da organização do próprio trabalho.

“Sim, através da EPS é possível o planejamento de ações organizando o trabalho, contribuindo com a gestão.” Q23

A visão multidimensional da EPS é reforçada pelo relato do profissional que tem o entendimento de que o processo educativo tem impacto no planejamento e na organização do trabalho, levando a mudanças que são importantes no fazer em saúde. Deste modo, Cardoso (2012), refere que os trabalhadores tornam-se conscientes sobre as questões da gestão e participam ativamente da mesma caracterizando-se como uma ferramenta para tal, o que é comprovado nos trechos seguintes:

“Com um melhor entendimento dos problemas que a EPS proporciona, temos maior certeza nas decisões dos diferentes investimentos que podemos fazer.” Q24

“Para a gestão é uma ótima forma de achar resolução dos problemas cotidianos.” Q26

“Deve ser um instrumento orientador de trabalho na construção e acompanhamento do trabalho.” Q27

É necessária a articulação entre os atores que produzem saúde no seu cotidiano para, assim, qualificar a atenção e a gestão. Ainda, a priorização da EPS no trabalho em saúde precisa ser algo imprescindível (BARBOSA; BOCCHI; BARBOSA, 2014). A partir disso, teremos ações efetivas baseadas na realidade vivenciada por cada grupo o que irá gerar impactos positivos nos serviços de saúde. Colaborando com isso, Silva *et al* (2016), observa mudanças propositivas no campo da atenção e da gestão, a partir da estruturação do processo de EPS, o que impacta positivamente na qualidade das ações de saúde.

5.4 Pesquisa-ação

A pesquisa-ação foi realizada de forma colaborativa entre os atores desse estudo e gerou não só dados importantes para o processo de consolidação da EPS, mas também promoveu mudanças significativas na organização dos processos educativos da realidade em questão. Vamos apresentar como ela ocorreu e seus resultados relevantes no campo da EPS na APS.

5.4.1 Diagnóstico: experimentando dificuldades e construindo com elas

Como já foi apresentado anteriormente, em um primeiro momento foi aplicado o questionário buscando elementos sobre a EPS que seriam fundamentais para iniciar o mapeamento da pesquisa-ação, além de buscar a compreensão, o entendimento e as percepções dos profissionais acerca da EPS e, principalmente, elencando as maiores facilidades e dificuldades enfrentadas no cotidiano para a realização desse processo. A partir desse enfoque, as facilidades serviram como suporte de potencialização da experiência e as dificuldades como elementos a serem superados.

Após a aplicação dos questionários, os dados foram agrupados e discutidos com todo o grupo durante o primeiro encontro com os participantes, gerando algumas informações importantes que, no encontro seguinte, foram sistematizadas e integraram a construção do projeto de intervenção. Inicialmente os profissionais revelaram que há um espaço físico e formalizado que é dedicado para o desenvolvimento da EPS, localizado junto ao das reuniões de equipe. Tudo isso é referendado pela gestão, que garante o momento de reflexão e organização das equipes. Grandó e Dall'agnol (2010), em um estudo sobre os processos grupais em reuniões de equipe da ESF, destacam que os espaços de reuniões de equipe são importantes mecanismos do processo de trabalho, devido à sua perspectiva interdisciplinar, possibilidade de ações educativas e de avaliação do trabalho em equipe.

Nestes espaços os profissionais dedicam-se às atividades educativas, pois se veem inundados pela assistência e pelas tarefas burocráticas do cotidiano da ESF e, devido a isso, possuem dificuldades em vivenciar a EPS em outros momentos, que não os das reuniões de equipe. Mesmo com equipes completas e

uma até mesmo ampliada, as demandas do dia a dia dos serviços formam um grande fluxo, o que leva os profissionais a dedicarem-se consideravelmente à assistência. Entretanto, os profissionais apresentam vontade de aprender e de realizar trocas. Dessa forma, atuam em demasia no que diz respeito às atividades práticas da assistência e pouco na reflexão sobre este fazer, que também é um imperativo do trabalho em saúde.

Para auxiliar nessa tarefa, que não é fácil, é que surgiu o NUMESC, um grupo que organiza e atua na condução dos processos de EPS. Este grupo é bem visto pelos demais profissionais por facilitar as atividades com boa vontade e realizar tudo isso porque gostam (sentem prazer em realizar), não vendo a EPS como uma obrigação. Esta visão, porém, pode ser entendida como algo distorcido, pois a EPS precisa ser vista como algo inerente ao trabalho e não como uma tarefa complementar ou que é realizada pela boa vontade de alguém. A questão da motivação é algo verificado em outros NUMESCs, como nos estudos de Duarte *et al* (2012), Bastos (2012) e Carvalho *et al* (2016), que apresentam realidades de núcleos de municípios do Rio Grande do Sul, nos quais é possível verificar a mesma situação, desde o surgimento a partir da motivação de alguns profissionais até a condução e realização das atividades.

Nada obstante, os atores desta pesquisa reforçam que é preciso ampliar o NUMESC, convidando outros profissionais, além de dedicar um período adequado para o planejamento e execução das ações, pois não havia um tempo de planejamento da EPS por parte do NUMESC, elas ocorriam em algum intervalo, no momento em que os profissionais que constituem o grupo se encontravam, sem ser um espaço formal e agendado.

Outro aspecto ressaltado diz respeito à participação dos profissionais, salientando que é importante estender o convite a todos, especialmente os que faltam aos encontros como, por exemplo: os dentistas, os motoristas, os serviços gerais e manutenção e os administrativos. Os profissionais que integram o núcleo das equipes de saúde participam naturalmente do processo, enquanto que os demais não integram este espaço (que deveria ser ocupado por todos), já que caracteriza-se como um espaço de aproximação das equipes, que auxilia na melhora da comunicação. Dessa maneira, é preciso pensar em dinâmicas e formas de aprendizagem nas quais todos se mobilizem e participem de todo o processo. Silva e Peduzzi (2011), em seu estudo sobre a educação no trabalho na APS,

relatam que há uma tradição entre os profissionais da saúde, a qual dificulta a participação de espaços que produzam movimentos emancipatórios, nesse caso a EPS.

Em relação aos objetivos da EPS, os profissionais trazem uma compreensão quanto ao desenvolvimento que é a ideia de tornar o processo mais técnico. Referem que necessitam discutir assuntos e temas que tenham maior aplicabilidade na prática diária. Importante lembrar aqui que o objetivo da EPS é real, no entanto nessa discussão aparentemente se toma um rumo tecnicista do processo. Obviamente que a EPS precisa partir da prática cotidiana e ser pautada por ela e jamais fugir desse pressuposto. Caso não ocorra isso, a EPS não fará sentido aos sujeitos envolvidos. Ressaltam, ainda, a necessidade de um trabalho focado não só na doença, mas na prevenção, especialmente de doenças que são mais prevalentes na realidade, o que seria principal atribuição da APS. Outra percepção dos profissionais é que a EPS tenha como base os assuntos discutidos com a comunidade no programa Saúde na Comunidade (o qual realiza visitas e grupos nas diferentes localidades das áreas de forma sistemática e periódica, com o objetivo de promoção da saúde e aproximação da equipe com a comunidade).

No que tange à dinâmica da EPS, os profissionais ratificam que apoiam a utilização de metodologias ativas como a Aprendizagem Baseada em Problemas, pois as equipes observam que, ao elencar os problemas que vivenciam, tem maiores possibilidades de resolução e, a partir disso, os processos de aprendizagens no cotidiano disparam. Relatam que, anteriormente, as atividades de EPS eram realizadas observando assuntos provenientes da prática, mas não partiam de problemas como ocorre com a utilização dessa metodologia. Um profissional era convidado para falar sobre determinado tema, o que se tornava algo monótono e unilateral. Eles ainda afirmam que as discussões de gestão e de problemas de saúde são muito bem vistas por todos, pois possibilitam abordagens variadas de forma que todos se envolvam.

5.4.2 Planejamento: aprender para transformar a realidade

No segundo momento coletivo da pesquisa-ação, os participantes discutiram a construção de propostas e de um projeto prático de qualificação da EPS, com vistas a executá-lo após essa etapa. Além disso, foram discutidas formas de

avaliação e de sistematização, para que o processo prossiga de forma cíclica, mesmo após o final das etapas previstas no período de realização da pesquisa.

A organização dessa discussão deu-se a partir do trabalho em grupo. Em um primeiro momento foi contextualizado o principal objetivo, o de construir um projeto de intervenção, logo após foram divididos pequenos grupos os quais discutiram de forma micro e construíram uma proposta. Após a discussão no micro, foi a vez do grande grupo discutir e decidir como se daria a intervenção, construindo um cartaz com detalhamentos do projeto. A partir dessa discussão, construiu-se um único projeto de intervenção para a EPS, sendo o seguinte:

Figura 4: Quadro síntese do segundo encontro do seminário, 2016.

Aspectos discutidos	Síntese
Composição	Profissional com interesse de compor o grupo condutor
Dedicação	2 horas semanais
Espaço	Reunião de Equipe e Reunião Geral
Periodicidade	Quinzenal (Reunião Equipe) Mensal (Reunião Geral)
Duração	2 horas
Participação	Todos os profissionais, inclusive os servidores administrativos
Objetivos	Atividades de integração, pensar na saúde dos trabalhadores e formação em serviço
Ação	Com a comunidade, com as equipes e com a gestão
Temas	Políticas do SUS e Cuidando do cuidador
Dinâmica	Rodas de Conversa Dinâmicas de grupo Pesquisa/questionamentos Estudos de caso Resolução de Problemas Atividades de campo Atividades com convidados
Avaliação	Reunião Geral: por escrito e com dinâmicas
Periodicidade da avaliação	Mensalmente

Foi decidido que a composição do NUMESC se dará a partir do interesse de cada profissional em compô-lo, não ficando restrito o número de profissionais e sua formação. Esses profissionais deverão dedicar-se no mínimo duas horas semanais

para o encontro com o núcleo e participar do processo junto às equipes. Além do mais, em relação à participação, ficou estabelecido que todos os profissionais da secretaria irão participar dos momentos de EPS.

Neste sentido, os profissionais apontaram alguns objetivos que precisam ser avaliados durante a EPS, que são a necessidade de dedicar-se em atividades de integração, saúde dos trabalhadores e uma ação mais efetiva de formação em serviço, trabalhando da mesma forma com as diferentes políticas de saúde que o SUS propõe.

Em relação à dinâmica de realização das ações, os profissionais optaram por um leque de opções. Isso se deve à experiência que os mesmos já tiveram vivenciando os processos de EPS no município, como: rodas de conversa, dinâmicas de grupo, pesquisa e questionamentos, estudos de caso, resolução de problemas, atividades de campo, atividades com convidados, entre outros.

Por fim, propuseram que a avaliação ocorra mensalmente, de duas formas variadas, por escrito e com dinâmicas. Justificam-se as duas maneiras, pois há profissionais que apresentam maior dificuldade em se expressar em público e, dessa forma, será favorecida a participação de todos.

5.4.3 Do fazer ao avaliar: refletindo sobre a prática em EPS

No que tange à ação proposta nessa intervenção, a partir do que foi pactuado no encontro do seminário, o NUMESC iniciou seus encontros de forma sistemática, semanal e com duração média de duas horas, primeiramente pensando nas ações de EPS com o tema Promoção da Saúde. Cada um dos atores organizou-se para participar das reuniões de equipe conforme acertado e foram realizadas atividades teórico-práticas, reflexões sobre a prática de trabalho, busca de subsídios para discussão, problematização e possíveis mudanças na forma de trabalho, tudo isso ocorrendo na esfera micro, ou seja, nas reuniões de equipe.

Para aprofundar ainda mais o tema abordado, ele foi levado para a reunião do grande grupo, com todos os profissionais da SMS, espaço em que as equipes apresentaram suas produções e reflexões em relação à Promoção da Saúde e foi realizada uma oficina com uma docente da Universidade Federal da Fronteira-Sul (UFFS) de Passo Fundo, que mantém parcerias com a SMS.

Após, foram realizados procedimentos avaliativos, tanto individuais quanto coletivos, sendo expresso o sentimento de cada um acerca das ações pensadas pelo NUMESC, sugerindo o próximo tema e a dinâmica, que será uma ação sobre Cuidando do Cuidador. Verificamos a necessidade das equipes de receberem uma atenção especial, assim o NUMESC novamente se organizou para dar conta desta necessidade, que muitas vezes se apresenta como um adoecimento dos profissionais.

As atividades ocorreram como na ação anterior, inicialmente nas equipes e, por fim, no encontro geral. Foram trazidos para discussão alguns questionamentos, como: De quem cuidamos? Por que cuidamos? Qual é a nossa necessidade de cuidado? Já me senti cuidado em algum momento pela minha equipe? Como poderíamos fazer para que o cuidado ocorresse em todos os espaços de trabalho?

Enfim, inúmeras questões nortearam a discussão e cada equipe foi convidada a refletir sobre as suas relações e as suas formas de cuidado, traduzindo isso em uma proposta para o grupo no encontro ampliado. Para encerrar a intervenção, no espaço da reunião geral, o NUMESC preparou o ambiente, tornando-o agradável e disponibilizando aos profissionais sessões de massagem e de auriculoterapia, demonstrando que pequenas atitudes são importantes para que evitar o adoecimento decorrente do processo de trabalho. Por fim, novamente foi realizada a avaliação escrita e com o grupo, gerando um novo tópico para ser abordado com as equipes e dando pistas a melhoria dos processos, com sugestões de dinâmicas, atividades, propostas de ações, entre outros aspectos.

Em todos os momentos da reunião geral, após a realização da avaliação, a equipe do NUMESC reuniu-se, consolidou as respostas das avaliações e discutiu aspectos que necessitavam de adequações, decidindo em relação à mudanças nas práticas do NUMESC. Dessa forma, foi possível verificar avanços na prática do NUMESC, uma vez que possui uma organização que foi pactuada e programada junto às equipes de saúde do município.

Após a realização de todas as etapas desta investigação, um projeto de lei foi construído coletivamente com o Poder Executivo Municipal e enviado ao Legislativo, criando a Política Municipal de Educação Permanente em Saúde (PMEPS), produto desta pesquisa-ação (ANEXO C) e que obteve aprovação na Câmara de Vereadores, por unanimidade, no dia seis de dezembro de 2016, entrando em vigor na mesma data. Esta lei garante a implementação do NUMESC,

seu funcionamento, sua estrutura, os profissionais e garante a instituição das fases e prerrogativas da EPS elencadas por esta pesquisa-ação. Ainda, foi distribuído à equipe participante da pesquisa-ação um Boletim Informativo da EPS, um dos produtos finais da trajetória do mestrado profissional, com o objetivo de informar os atores sobre as etapas da pesquisa, o processo vivenciado e orientar as práticas de EPS (APÊNDICE C).

Toda a vivência da pesquisa-ação nos faz pensar e refletir sobre a gestão da EPS no contexto da APS que, para Rovere (1994), necessita de um espaço possível de reflexão e intervenção sobre a realidade dos serviços de saúde, o que gera processos de gestão sobre ela, pois a EPS se dá através de processos educativos no trabalho, para o trabalho e pelo trabalho, tudo isso levando à intervenções de mobilização, circulação e produção de conhecimentos, tecnologias e sentimentos, estreitando a relação de saber e poder, reforçando a ligação entre a técnica e a política. Assim, essa pesquisa-ação colaborou e viabilizou que esses preceitos fossem fomentados no seu desenrolar e permanecendo pulsantes nesse contexto, uma vez que a política pública está instituída e precisa ser gerenciada no cotidiano do trabalho para ser e se manter enquanto ferramenta de transformação da realidade local.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A EPS é uma estratégia que nos oferece subsídios, métodos, maneiras e engendramentos para a qualificação e organização do trabalho em saúde. Além disso, contribui significativamente para a reorientação dos processos no interior das equipes de saúde, ou seja, atua tensionando os diferentes atores no sentido de buscar algo a mais em seu cotidiano do trabalho. Ainda, contribui positivamente com a gestão e no gerenciamento dos diferentes espaços no campo da saúde. Muitas são as definições que podemos utilizar quando tratamos de EPS, entretanto focamos naquela em que as experiências são valorizadas e os indivíduos são participantes no processo de construção.

Esta pesquisa-ação teve como objetivo analisar como a EPS pode afetar o trabalho em saúde e apresentou-nos diferentes visões acerca disso, desde a mudança do olhar sobre a saúde da população até mudanças das práticas de saúde pelas equipes de APS e as colaborações da EPS na construção do cuidado e na organização dos serviços de saúde. Esse projeto também nos apresentou algumas dificuldades que os profissionais enfrentam em seu cotidiano de trabalho, como o excesso de demanda, a visão tecnicista que ainda paira sobre essa área e a dificuldade na compreensão de quem faz parte e de quem pode contribuir com a gestão da saúde no município.

Nesse sentido, este estudo apresenta algumas limitações no campo metodológico, pois analisamos e intervimos em uma realidade específica muito parecida com a grande maioria dos municípios do país no quesito população (segundo o IBGE (2015), 73% dos municípios brasileiros possuem menos de vinte mil habitantes). Entretanto, olhar para essa realidade específica delimita o nosso trabalho no campo da pesquisa, sendo necessário realizar intervenções como essa em outras realidades, com o objetivo de verificar os possíveis desdobramentos na construção e constituição da EPS. Sugerimos que sejam realizadas pesquisas como essa com um maior recorte de tempo, para que seja possível avaliar e constatar outros aspectos do campo, como o impacto das ações educativas sobre os indicadores de saúde, sobre as ações programáticas e sobre a compreensão dos usuários e da gestão acerca desse processo. Para tal, seria interessante que novos

estudos fossem empreendidos com o objetivo de aprofundar ainda mais os resultados dessa intervenção, para que seja possível avaliar esses impactos.

Apesar disso, muitas outras ações foram beneficiadas com a realização dessa pesquisa-ação. Dentre elas podemos citar: a reorganização das atividades de EPS, o fortalecimento do NUMESC, a governança da EPS e do trabalho em saúde, a articulação com a gestão e a criação de uma política municipal. Proporcionar aos profissionais autonomia e liberdade para organização de suas atividades educativas é uma inovação no campo da saúde e da EPS. Todo esse trabalho deu-se de forma coletiva, horizontal e compartilhada, sendo pactuadas todas as etapas do processo, levando os trabalhadores a despertar para a ação coletiva e a reflexão de suas práticas em saúde, alcançando o clímax no que diz respeito à ação-reflexão-ação, conforme proposto por Freire (2015b).

Outro aspecto relevante do presente trabalho foi o fortalecimento do NUMESC, o qual permitiu a abertura para participação de outros profissionais, em especial aqueles que possuíam motivação para atuação neste campo, excluindo qualquer possibilidade de obrigação ou imposição para realização do trabalho, o que possibilitou a realização de um trabalho leve, participativo e produtivo para os integrantes do NUMESC e para as equipes.

Duas outras contribuições foram no sentido do trabalho na gestão, ou seja, na organização do trabalho e nas relações de trabalho. Assim, permitiu-se que os trabalhadores realizassem a organização do trabalho focando na realidade vivenciada por cada um e construindo um projeto de EPS possível de ser executado e com todo o apoio da gestão. Isso tudo se deve ao fato de a gestão garantir espaços coletivos de discussão e de deliberação entre os profissionais, espaços sistematizados a partir do cotidiano do trabalho, fortalecendo, dessa forma, aspectos fundamentais ao processo de trabalho em saúde. Hastings *et al* (2014), apresentam uma revisão de literatura internacional na qual os processos organizativos de governança associados às iniciativas de desenvolvimento profissional, no caso à EPS, demonstraram os melhores resultados no quesito força de trabalho em saúde.

Nesse interim, por resultado do esforço coletivo das equipes do Município, ocorreu a criação da PMEPS, que garantiu a institucionalização da EPS como prática de educação para o trabalho (CECCIM; FERLA, 2009), além de possuir bases teóricas, metodológicas e operativas na política nacional (BRASIL, 2009) e na RESC (RIO GRANDE DO SUL, 2013a), garantindo assim, sua execução no âmbito

municipal e ratificando cada ator como integrante do processo de trabalho em saúde na APS do Município. Sendo assim, superou-se a ideia da EPS como um complemento ou algo não fundamental, assegurando, a partir disso, uma política pública municipal que supera a ideia de um programa de governo ou algo que se tem a opção ou não de realizar. Agora é lei e todos precisam ter o compromisso em garantir que a política seja executada com o objetivo de qualificar o trabalho em saúde.

É necessário que investimentos públicos sejam realizados. Não somente financeiros, mas principalmente pessoal e de priorização de uma política de EPS. Precisamos, ainda, que ocorra um aumento no número de pesquisas nesse campo, com o intuito de garantir a aplicabilidade desse processo educativo, levando ao convencimento dos gestores em saúde a importância privilegiada que a EPS ocupa na realidade do SUS e a forma pela qual ela pode contribuir nesse processo.

Nessa perspectiva, as transformações no campo da saúde requerem integração de diferentes campos e setores, entre eles o empoderamento dos atores sociais, a partir das ações de participação popular, da qualificação da gestão em saúde e o investimento nas mudanças na formação dos profissionais. É necessário que os atores tenham a compreensão da construção do processo e não apenas do fim, ou seja, o processo educativo não pode ser visto, exclusivamente, como algo que precisa apresentar resultados em um momento próximo. Ele precisa ser vivenciado, experimentado e, aos poucos, agregar valor ao fazer em saúde, já que esse processo será responsável por fomentar transformações no cotidiano da vida dos serviços de saúde.

Esta pesquisa também nos auxiliou a compreender que o cotidiano do trabalho, os serviços de saúde, a comunidade e os diferentes encontros possíveis são espaços e momentos propícios para as práticas educativas e de saúde. Assim, possibilitou-nos entender que, mais que ensino-aprendizagem a partir do trabalho, precisamos aprender a aprender em todos os momentos de nossa vida, levando a uma ampliação dessa pedagogia que surge e se consolida a cada dia no fazer em saúde. Dessa forma, precisamos incluir a EPS no cotidiano do trabalho e não podemos vê-la como um momento específico, pois a educação no e para o trabalho precisa permear todo o nosso fazer. Harkanen *et al* (2016), em um estudo de meta-análise, contribuem no sentido de que as intervenções educativas apresentam um

efeito positivo sobre as práticas de saúde, embora a relevância do resultado seja muito variável, dependendo da intervenção e da forma de construção da mesma.

Isto posto, é preciso valorizar experiências coletivas de construção de conhecimento a partir da realidade vivenciada por aqueles que estão lá no dia a dia dos serviços de saúde. Esse método é um dispositivo que auxilia para despertar a ação coletiva e a reflexão da prática e política do processo de trabalho. O resultado de tudo isso é o fortalecimento de dois conceitos que iniciamos discutindo nesse trabalho que são a educação e a saúde, articuladas, interfacetadas, inseparáveis e fundamentais no atual contexto que vivemos.

Precisamos ter o entendimento de que essas são questões chaves, pois saúde vai além das questões de bem-estar e incide sob os determinantes sociais no âmbito político, social, econômico, humano, filosófico, biológico, psicológico e tantos outros. A partir da compreensão da integralidade dos conceitos, conseguiremos entender e aproximar a relação: saúde e educação. Ainda assim, é preciso estimular uma nova visão sobre o modelo tecnoassistencial, superando as questões curativas desde o processo de formação até a prática diária dos profissionais, para uma visão qualificada da promoção da saúde como orientadora das práxis de trabalho.

Por fim, os profissionais de saúde têm papel imprescindível nessa compreensão. Ainda que são discretos os processos vivos de preparação dos profissionais para olhar a saúde e a educação de forma articulada, precisamos de profissionais de saúde Educadores com “E” maiúsculo sim, que valorizem todos os envolvidos no processo educativo, os seus conhecimentos, a comunicação, que possuam uma postura ética, crítica, reflexiva, humana e indissociável do processo de viver. Quem sabe, dessa forma, conseguiremos superar o modelo biomédico e inserir as práticas educativas, efetivamente, no cotidiano do trabalho em saúde, logrando melhores resultados na prática da APS.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, R. S.; CALDAS, L. B. S. N.; FALCÃO, M. L. P.; GOES, P. S. A. Processo de Trabalho em Unidade de Saúde da Família e a Educação Permanente. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, maio/ago. 2016.
- ARAÚJO, C. E. L.; PONTES, R. J. S. Constituição de sujeitos na gestão em saúde: avanços e desafios da experiência de Fortaleza (CE). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, p. 2357-2365, 2012.
- ARTEAGA RODRÍGUEZ, Carlos; KOLLING, Marcelo Garcia; MESQUIDA, Peri. Educação e saúde: um binômio que merece ser resgatado. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v.31, n.1, jan/abr. 2007.
- ARVOREZINHA. Lei Ordinária nº 2.216, de 03 de Agosto de 2011. Disponível em: <http://www.arvorezinhars.com.br/> . Acesso em 13 de setembro de 2015.
- ARVOREZINHA. **Município de Arvorezinha**. Disponível em <http://www.arvorezinhars.com.br/> . Acesso em 11 de setembro de 2015.
- BALBINO, A. C. et al. Educação permanente com os auxiliares de enfermagem da Estratégia Saúde da Família em Sobral, Ceará. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 8, p. 249-266, 2010.
- BARBIER, R. **A pesquisa-ação**. Brasília(DF): Liber Editora, 2007.
- BARBOSA, V. B. A.; BOCCHI, S. C. M.; BARBOSA, P. M. K. Experiências com Educação Permanente na área da saúde: Revisão Integrativa da Literatura. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, Três Corações, v. 12, n. 1, jan./jul. 2014
- BARBOSA, V. B. A.; FERREIRA, M. L. S. M.; BARBOSA, P. M. K. Educação permanente em saúde: uma estratégia para a formação dos agentes comunitários de saúde. **Rev Gaúcha Enferm.** Porto Alegre. v.33, n.1. Mar 2012.
- BASTOS, E. J. **NUMESC**: um novo espaço para a educação em saúde coletiva no município de Bossoroca – RS. 2012. 101 f. Especialização (Curso de Especialização em Gestão em Saúde UAB) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Administração, Porto Alegre, 2012.
- BATISTA N. et al. O enfoque problematizador na formação de profissionais de saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, n. 2, p. 231-237, 2005.
- BERBEL, N. A. N. “Problematization” and problem-based learning: different words or different ways? **Interface Comun Saúde Educ.** v.2, 1998.
- BEZERRA, E; DIMENSTEIN M. Os CAPS e o trabalho em rede: tecendo o apoio matricial na atenção básica. **Psicologia: ciência e profissão**, Brasília. v. 28, n. 3, 2008.

BRASIL. Departamento de Atenção Básica. **Histórico de Cobertura da Saúde da Família**. Disponível em http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php Acesso em 22 de setembro de 2015.

BRASIL. **DATASUS**. Disponível em: <http://www.datasus.saude.gov.br> Acesso em 30 de dezembro de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica nº 34: Saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. p. 176.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 64 p.

BRASIL. Portaria nº 278, de 27 de fevereiro de 2014. Institui diretrizes para implementação da Política de Educação Permanente em Saúde, no âmbito do Ministério da Saúde (MS). **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 28 fev. 2014. Seção 1, p. 59.

CARDOSO, A. V. L. et al. Avaliação da gestão da Estratégia Saúde da Família por meio do instrumento Avaliação para Melhoria da Qualidade em municípios de Minas Gerais, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, p. 1267-1284, 2015.

CARDOSO, I. M. “Rodas de Educação Permanente” na Atenção Básica de Saúde: analisando contribuições. **Saúde Soc.** São Paulo, v.21, supl.1, 2012.

CARVALHO, B. M. et al. Movimentos de implantação dos Núcleos Municipais de Educação em Saúde Coletiva (NUMESC) na 28ª Região de Saúde. **Revista Jovens Pesquisadores**, Santa Cruz do Sul, v. 6, n. 1, jun. 2016.

CAVALCANTI, F. M. **O usuário do SUS (Sistema Único de Saúde) e seus direitos**: uma revisão da literatura. 2014. 32 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Bacharelado de Administração Pública) - Universidade Estadual da Paraíba, Pombal/PB, 2014.

CECCIM, R. B., FERLA, A. A. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. **Trab. Educ. Saúde**, v. 6 n. 3, p. 443-456, nov.2008/fev.2009. Disponível em: <http://www.revista.epsjv.fiocruz.br/upload/revistas/r219.pdf>

D'ÁVILA, L. S. et al. Adesão ao Programa de Educação Permanente para médicos de família de um Estado da Região Sudeste do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, p. 401-416, 2014.

DUARTE, N. As pedagogias do aprender a aprender e algumas ilusões da assim chamada sociedade do conhecimento. **Revista Brasileira de Educação**. Set/Out/Nov/Dez, 2001.n.18. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbedu/n18/n18a04.pdf>

DUARTE, M. L. C.; CAMPOS, L. M. P.; MONTEIRO, L. R.; OLIVEIRA, M. C. A. Implantação de um Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva no Município de Uruguaiana/RS. **Revista Contexto & Saúde**, Ijuí, v. 11, n. 22, jan./jun. 2012.

EPS EM MOVIMENTO. **Educação e trabalho em saúde: a importância do saber da experiência**. 2014. Disponível em: <<http://eps.otics.org/material/entrada-textos/educacao-e-trabalho-em-saude-a-importancia-do-saber-da-experiencia>>. Acesso em 27 de novembro 2016.

EPS EM MOVIMENTO. **Todo mundo faz Gestão**. 2014. Disponível em: <<http://eps.otics.org/material/entrada-textos-em-cena/todo-mundo-faz-gestao/>>. Acesso em 2 dezembro 2016.

EZEQUIEL, M. C. D. G. *et al.* Estudantes e usuários avaliam ferramenta de educação permanente em saúde - Sieps. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 36, p. 112-130, 2012..

FERRI, P. **Percepção dos Agentes Comunitários de Saúde sobre suas práticas de trabalho no município de Arvorezinha**. Monografia [Especialização em Saúde Pública]. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Departamento de Medicina Social. Porto Alegre, 2014. Disponível em <http://hdl.handle.net/10183/107273>

FIGUEIREDO, P. P. D. *et al.* Processo de trabalho da Estratégia Saúde da Família: a concepção de gestão que permeia o agir em saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 20, p. 235-259, 2010.

FORTUNA, C. M. *et al.* Educação permanente na estratégia saúde da família: repensando os grupos educativos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 21, p. 990-997, 2013.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Cartografias do trabalho e cuidado em saúde. **Tempus - Actas de Saúde Coletiva**. Brasília, v. 6, n. 2, 2012.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do Oprimido**. 59ª. Ed. Rio de Janeiro: Paz & Terra, 2015.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da Autonomia**. 51ª. Ed. Rio de Janeiro: Paz & Terra, 2015.

GIGANTE, R. L.; CAMPOS, G. W. S. Política de formação e Educação Permanente em Saúde no Brasil: bases legais e referências teóricas. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 14 n. 3, set./dez. 2016.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5ªed. Atlas, São Paulo, 2010.

GRANDO, M. K.; DALL'AGNOL, C. M. Desafios do processo grupal em reuniões de equipe da Estratégia Saúde da Família. **Esc Anna Nery** (impr.), v. 14 n. 3, jul/set. 2010.

HARKANEN, M.; VOUTILAINEN, A.; TURUNEN, E.; VEHVILAINEN-JULKUNEN, K. Systematic review and meta-analysis of educational interventions designed to improve medication administration skills and safety of registered nurses. **Nurse Education Today**. v.41, 2016.

HASTINGS, S. E.; ARMITAGE, G. D.; MALLINSON, S.; JACKSON, K.; SUTER, E. Exploring the relationship between governance mechanisms in healthcare and health workforce outcomes: A systematic review. **BMC Health Services Research**. v. 14, 2014.

IBGE. **IBGE CIDADES**. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br> Acesso em: 31 de agosto de 2015.

LE BOTERF, G. Pesquisa participante: propostas e reflexões metodológicas. In: BRANDÃO, Carlos Rodrigues. (Org.). **Repensando a pesquisa participante**. São Paulo: Editora Brasiliense, 1984. p. 51-81.

BRANDÃO, G. C. G.; OLIVEIRA, M. A. C. O processo de trabalho das equipes de saúde da família de Campina Grande – PB, Brasil, na perspectiva da educação permanente em saúde. **Indagatio Didactica**, v.5, n.2, 2013.

LOPES, S. V. L. M.; FREITAS, I. R.; MACIEL, M. C. C. Relato de Experiência: implantação do núcleo de educação permanente em Jataúba -PE. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, Três Corações, v. 13, n. 1, 2015.

MARCONDES, F. L.; FONSECA, P. I. M. N.; SILVEIRA, P. G.; TAVARES, C. M. M. Desvelando os Sentidos da Educação Permanente em um programa municipal: estudo sociopoético. **Journal Health NPEPS**. v.1, n. 1, 2016.

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

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Trabalho em saúde. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio organizador. **Dicionário da educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro: EPJV; 2006. 308 p.

MERHY, E. E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002

MINAYO, M. C. S. (Org); DESLANDES, S. F.; NETO, O. C.; GOMES, R. **Pesquisa Social**: teoria, método e criatividade. 30ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.

MINAYO, M.C.S. **Desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 14ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

OPS-OMS. **El desafio educativo de las reformas sectoriales**: cambios en la capacitación y la evaluación para el trabajo en salud. Grupo de Trabajo sobre evaluación de la Capacitación en Salud. Buenos Aires: OPS-OMS, 1997. 38p.

PAGANI, R.; ANDRADE, L. O. M. D. Preceptoria de território, novas práticas e saberes na estratégia de educação permanente em saúde da família: o estudo do caso de Sobral, CE. **Saúde e Sociedade**, v. 21, p. 94-106, 2012.

PAIM, J. J. **Planejamento em saúde para não especialistas**. In: CAMPOS, G.W. Tratado de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: Hucitec/Fiocruz, 2006. P.15-30

PAULINO, V. C. P.; SOUZA, P. R.; BORGES, C. J. Contribuições da Educação Permanente em Serviço no Contexto da Estratégia de Saúde da Família. **Itinerarius Reflectionis – Revista Eletrônica do Curso de Pedagogia do Campus Jataí – UFG**. v.2, n.9, 2010.

PERES, C.; SILVA, R. F.; DELLA BARBA, P. C. S. Desafios e potencialidades do processo de educação permanente em saúde. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 14 n. 3, set./dez. 2016.

PINHEIRO, G. E. W.; FERRI, P.; GARCIA, V. C. **Contribuições das vivências e estágios na consolidação da estratégia saúde da família em um município do Rio Grande do Sul**. In: Alcindo Antônio Ferla; Thaís Maranhão; Cristianne Maria Famer Rocha; Guilherme Pereira Peixoto; Igor Fangueiro da Silva; Sueli Goi Barrios; Vera Rocha. (Org.). Múltiplos cenários do VER-SUS: vivências e estágios de norte a sul do Brasil. 1ed.Porto Alegre: Rede Unida, 2016, v. 2, p. 159-162. Disponível em: <http://www.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/colecao-cadernos-de-saude-coletiva/multiplos-cenarios-do-ver-sus-vivencias-e-estagios-de-norte-a-sul-do-brasil-pdf>

PINTO, H. A.; FERLA, A. A.; CECCIM, R. B; FLORÊNCIO, A. R.; MATOS, I. B.; BARBOSA, M. G.; STÉDILE, N. L. R.; ZORTEA, A. P. Atenção Básica e Educação Permanente em Saúde: cenário apontado pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 51, p. 145-160, out, 2014.

PINTO, H. A. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: Aprender para Transformar. In: GOMES, L. B.; BARBOSA, M. G.; FERLA, A. A. (orgs). **A educação permanente em saúde e as redes colaborativas**: conexões para a produção de saberes e práticas. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2016. p. 23-65.

POLIT, D.F.; BECK, C. T. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**: Avaliação de Evidências para a Prática da Enfermagem. Artmed, 7ed., 2011, 670p.

RAMOS, M. Educação pelo trabalho: possibilidades, limites e perspectivas da formação profissional. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 18, sup. 2. p. 55-59, 2009.

RICARDI, L. M.; SOUSA, M. F. D. Educação permanente em alimentação e nutrição na Estratégia Saúde da Família: encontros e desencontros em municípios brasileiros de grande porte. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, p. 209-218, 2015.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Comissão Intergestores Bipartite. **Resolução nº 590/13 – CIB/RS**. Institui a Rede de Educação em Saúde Coletiva no Estado do Rio Grande do Sul. 2013. Disponível em

http://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/20141105173338rs_res_590_2013_red_e_de_educacao_em_saude_coletiva.pdf

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Plano Estadual de Saúde: 2012/2015**. Grupo de Trabalho Planejamento, Monitoramento e Avaliação da Gestão (Org.). Porto Alegre, 2013. 250 p. Disponível em http://www.saude.rs.gov.br/upload/1382374302_PES%202012-2015%20FINAL.pdf

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

ROVERE, M. R. Gestion estrategica de la educacion permanente en salud. In: HADDAD, J. *et al.* **Educación permanente de personal de salud**. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. 1994.

SANTANA, F. B. *et al.* Ações de saúde na estratégia saúde da família no município goiano na perspectiva da integralidade. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 15, n. 2, p.422-9, 2013

SANTOS, P. T. D.; BERTOLOZZI, M. R.; HINO, P. Necessidades de saúde na atenção primária: percepção de profissionais que atuam na educação permanente. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 23, p. 788-795, 2010.

SILVA, J. A. M. D.; PEDUZZI, M. Educação no trabalho na atenção primária à saúde: interfaces entre a educação permanente em saúde e o agir comunicativo. **Saúde e Sociedade**, v. 20, p. 1018-1032, 2011.

SILVA, L. A. A.; BONACINA, D. M.; ANDRADE, A.; OLIVEIRA, T. C. Desafios na Construção de um Projeto de Educação Permanente em Saúde. **Rev Enferm UFSM**, v. 2, n. 3, Set/Dez, 2012.

SILVA, L. A. A. D. *et al.* Educação permanente em saúde e no trabalho de enfermagem: perspectiva de uma práxis transformadora. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 31, p. 557-561, 2010.

SILVA, C.T.; TERRA, M. G.; CAMPONOGARA, S.; KRUSE, M. H. L.; ROSO, C. C.; XAVIER, M.S. Educação permanente em saúde a partir de profissionais de uma residência multidisciplinar: estudo de caso. **Rev Gaúcha Enferm**. v. 35, n. 3, Set, 2014.

SILVA, L. A. A. *et al.* Avaliação da Educação Permanente no Processo de Trabalho em Saúde. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 14 n. 3, set./dez. 2016.

SLOMP JUNIOR, H.; FEUERWERKER, L. C. M.; LAND, M. G. P. Educação em saúde ou projeto terapêutico compartilhado? O cuidado extravasa a dimensão pedagógica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, p. 537-546, 2015.

SLOMP JUNIOR, H.; FEUERWERKER, L. C. M.; MERHY, E. E. Histórias de vida, homeopatia e educação permanente: construindo o cuidado compartilhado. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, p. 1795-1803, 2015.

SOUSA, M. S. T.; BRANDÃO, I. R.; PARENTE, J. R. F. A Percepção dos Enfermeiros sobre Educação Permanente em Saúde no contexto da Estratégia Saúde da Família de Sobral (CE). **Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia**, v. 3, n. 1, 2015.

TESSER, C. D. *et al.* Estratégia saúde da família e análise da realidade social: subsídios para políticas de promoção da saúde e educação permanente. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 4295-4306, 2011.

THIOLLENT, M. **Metodologia da Pesquisa-Ação**. 18ed. São Paulo: Cortez, 2011.

TRIPP, D. Pesquisa-ação: uma introdução metodológica. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 443-466, set./dez. 2005. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ep/v31n3/a09v31n3.pdf>

VASCONCELOS, M. G. F. *et al.* Práticas inovadoras de saúde mental na atenção básica: apoio matricial na redefinição do processo de trabalho em saúde. **Cad. Bras. Saúde Mental**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 8, p. 166-175, jan./jun. 2012.

VIDAL, S. V. *et al.* A bioética e o trabalho na estratégia saúde da família: uma proposta de educação. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 38, p. 372-380, 2014.

VIEIRA, D. K. R. *et al.* Atenção em genética médica no SUS: a experiência de um município de médio porte. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 23, p. 243-261, 2013.

ZAVARESE DA COSTA, V. *et al.* Educação permanente no Programa Saúde da Família: um estudo qualitativo. **Investigación y Educación en Enfermería**, v. 28, p. 336-344, 2010.

APÊNDICES

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO SEMIESTRUTURADO

IDENTIFICAÇÃO:

Sexo: () M () F **Idade:** ___ anos

Raça/Cor: () Branca () Parda () Negra () Amarela () Outra

Escolaridade:

() Ensino Fundamental Incompleto () Ensino Fundamental Completo

() Ensino Médio Incompleto () Ensino Médio Completo

() Ensino Técnico () Ensino Superior () Pós-graduação

Estado civil: () Solteiro(a) () Casado(a)/Com companheiro

() Separado(a)/Divorciado () Viúvo(a) () Outra(o)

Filhos: () Sim, quantos ___ () Não

Forma de contratação: () Estatutário () Contrato Temporário

() Cargo / Função de Confiança () Outro, qual: _____

Profissão/Formação: _____

Tempo de trabalho no serviço: _____

Tempo de trabalho na APS: _____

QUESTÕES ESPECÍFICAS:

	Marcador	Unidade de Informação
Profissionais da APS	O que você entende por Educação Permanente em Saúde?	
	Fale sobre sua experiência com a Educação Permanente em Saúde:	
	No seu ver, a EPS contribui no seu processo de trabalho junto aos usuários?	() Não, por quê? () Se sim, como?
	No seu ver, a EPS contribui no processo de trabalho da sua equipe?	() Não, por quê? () Se sim, como?
	No seu ver, a EPS contribui na relação com a gestão?	() Não, por quê? () Se sim, como?
	Cite facilidades e dificuldades para realização da EPS em seu cotidiano:	Facilidades _____ Dificuldades _____
	Como a EPS poderia ser estruturada para que essas dificuldades fossem superadas?	
	Deixe sugestões para o aperfeiçoamento da EPS no município:	

**APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DE
PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA
(Resolução Nº 466/2012 do Ministério da Saúde)**

Estamos apresentando a você o presente termo de consentimento livre e esclarecido caso queira e concorde em participar de nossa pesquisa, intitulada **"Educação Permanente em Saúde e suas implicações no processo de trabalho na Atenção Primária à Saúde"**, que é uma pesquisa de mestrado que tem como objetivo: Analisar como a Educação Permanente em Saúde, com ênfase no processo de trabalho, pode afetar o trabalho em saúde no contexto da Atenção Primária à Saúde em um município do interior do RS. Esta pesquisa tem o propósito de contribuir para o campo da Educação Permanente em Saúde na realidade do município de Arvorezinha, trazendo à tona a compreensão desse processo no cotidiano dos profissionais, a possibilidade de qualificação do trabalho e a transformação das práticas de saúde realizadas na Atenção Primária à Saúde. Para isso serão realizadas observações e aplicados questionários para responder os objetivos desta pesquisa.

Trata-se de uma pesquisa que envolve seres humanos, neste caso possui riscos mínimos de danos, como desconforto durante a participação, sendo assim, é garantido ao participante se retirar da pesquisa em qualquer etapa e momento.

Dessa forma, garantimos a manutenção do sigilo e a privacidade dos sujeitos em estudo, o livre acesso aos dados, bem como, a liberdade de não participação em qualquer das fases do processo e a retirada do seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma.

Ainda, ressaltamos que esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humano da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA).

Caso você tenha disponibilidade e interesse em participar como sujeito deste estudo, autorize e assine o consentimento a seguir:

Pelo presente consentimento livre e esclarecido,
_____ declaro que

fui informado (a) de forma clara, dos objetivos, da justificativa, dos instrumentos utilizados na presente pesquisa. Declaro que aceito voluntariamente participar do estudo e autorizo o uso do gravador nos momentos em que se fizer necessário.

Fui igualmente informado (a) da garantia de: solicitar resposta a qualquer dúvida com relação aos procedimentos do estudo; do livre acesso aos dados e resultados; da liberdade de retirar meu consentimento em qualquer momento do estudo; do anonimato; e que receberei uma via do presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Enfim, foi garantido que todas determinações ético-legais serão cumpridas antes, durante e após o término desta pesquisa.

Arvorezinha – RS, ____ de _____ de 2016.

Assinatura do participante: _____

Nome completo do participante: _____

Assinatura do pesquisador responsável: _____

OBS: Qualquer dúvida em relação à pesquisa entre em contato com: Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre – UFCSPA com a Prof.^a Andrea Wander Bonamigo. Rua Sarmiento Leite, 245, Centro. Porto Alegre - RS. Telefone: (51) 3303-9000 ou e-mail: andreaw@ufcspa.edu.br

APÊNDICE C

Boletim Informativo da EPS

Apresentamos nesse espaço o Boletim Informativo da Educação Permanente em Saúde, produto educativo, construído a partir dos resultados da pesquisa-ação. Este boletim tem o objetivo de informar os profissionais sobre o processo vivenciado na realidade do município acerca da Educação Permanente em Saúde e servir como estímulo aos trabalhadores, fomentando o investimento e a dedicação ao processo educativo no cotidiano dos serviços.



Município de Arvorezinha

NUMESC



Boletim Informativo da Educação Permanente em Saúde

Número 1 - Ano 1 - Dezembro de 2016

O que é Educação Permanente em Saúde?

Pode ser entendida como a aprendizagem no trabalho, ela surge a partir das vivências dos profissionais e é baseada no cotidiano dos serviços. Tem como objetivo o de transformar a realidade por meio da qualificação da prática profissional e da organização dos serviços de saúde (BRASIL, 2009).

Resumindo, são processos educativos vivenciados no dia-a-dia que ajudam os profissionais a refletir sobre seu fazer diário e impactam nas ações em saúde.



Por que foi realizada uma Pesquisa-ação?

Desde 2013, os profissionais vem se organizando e realizando ações educativas no âmbito da Atenção Primária à Saúde, porém as atividades eram realizadas das mais variadas formas e sem organização formal.

Assim, surge o interesse em construir coletivamente alternativas para que o processo educativo se consolide como uma prática no cotidiano das equipes e que atue na qualificação da assistência à saúde.

Quem participou desse processo?

Os profissionais de todos os níveis de formação, lotados na Secretaria Municipal da Saúde de Arvorezinha.



Saúde da Família

Como foi realizada a pesquisa-ação?

Construída coletivamente com todos. Inicialmente foi aplicado um questionário com o objetivo de detectar dificuldades e potencialidades. Após foram realizados encontros que resultaram na criação de um projeto de EPS.



Síntese da construção da EPS

Aspectos discutidos		Síntese
NUMESC	Composição	Profissional com interesse de compor o grupo condutor
	Dedicação	2 horas semanais
EPS	Espaço	Reunião de Equipe e Reunião Geral
	Periodicidade	Quinzenal (Reunião Equipe) Mensal (Reunião Geral)
	Duração	2 horas
	Participação	Todos os profissionais, inclusive os servidores administrativos
	Objetivos	Atividades de integração, pensar na saúde dos trabalhadores e formação em serviço
	Ação	Com a comunidade, com as equipes e com a gestão
	Temas	Políticas do SUS e Cuidando do cuidador
	Dinâmica	Rodas de Conversa Dinâmicas de grupo Pesquisa/questionamentos Estudos de caso Resolução de Problemas Atividades de campo Atividades com convidados
	Avaliação	Reunião Geral: por escrito e com dinâmicas
	Periodicidade da avaliação	Mensalmente

O que fica de toda essa construção?

O desafio e a possibilidade de reorganização das atividades de EPS, o fortalecimento do NUMESC e do trabalho em saúde, a articulação com a gestão e a criação de uma política municipal. Essa política é lei e precisamos zelar por ela. Então, como construtores dessa política vamos lutar por ela e pela garantia do espaço e da construção da EPS em nosso cotidiano.



Mensagem aos atores da pesquisa-ação

"Caros colegas e caras colegas, chegamos ao final do processo de construção dessa pesquisa-ação, não importam nesse momento os resultados que logramos, mas sim o processo que vivenciamos e os aprendizados que construímos conjuntamente. Assim, a equipe de pesquisa agradece a todos e todas que colaboraram para que fosse viável este estudo. Seguimos nossa luta cotidiana em nosso trabalho, buscando o bem comum e a qualidade na assistência à saúde."

Abraço à todos (as)!

Com carinho da equipe de pesquisa!



APÊNDICE D

Artigo a ser submetido à Revista Ciência & Saúde Coletiva – ISSN 1413-8123

AS CONTRIBUIÇÕES DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NO PROCESSO TRABALHO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Guilherme Emanuel Weiss Pinheiro

Marcelo Schenk de Azambuja

Andrea Wander Bonamigo

Resumo

Neste artigo propomos identificar as contribuições da Educação Permanente em Saúde no processo de trabalho da Estratégia Saúde da Família de um município do sul do Brasil. Trata-se do recorte de um estudo de mestrado, com abordagem qualitativa, sendo utilizada a técnica da pesquisa-ação. Os participantes foram 33 profissionais de diferentes níveis de formação. A coleta de dados ocorreu a partir de um questionário autoaplicável sobre o processo de EPS, os dados foram tratados por análise temática. A partir disso, surgiram três categorias de informações, como: contribuições da EPS no processo de trabalho junto aos usuários; contribuições da EPS no processo de trabalho com a equipe; e contribuições da EPS na relação com a gestão. Conclui-se que a EPS está associada ao fazer cotidiano dos trabalhadores, auxiliando na construção de um cuidado centrado nos usuários, colaborando com a melhoria da qualidade dos serviços. Ainda, este estudo facilitou a implantação da Política Municipal de Educação Permanente em Saúde. Enfim, é fundamental que sejam realizados investimentos financeiros e humanos no âmbito da EPS para que a atenção, a gestão e a participação desenvolvam-se com qualidade e resolutividade.

Palavras-chave: Educação Continuada. Saúde da Família. Atenção Primária à Saúde.

THE CONTRIBUTIONS OF PERMANENT HEALTH EDUCATION TO THE WORK PROCESS OF THE FAMILY HEALTH STRATEGY

Abstract

This study aims to identify the contributions of Permanent Health Education (PHE) to the work process of the Family Health Strategy in a city in South Brazil. The work is part of a MSc study and used a qualitative approach, with the technique of action research. A total of 33 professionals with different levels of training were included. Data were collected with a self-administered questionnaire on the PHE process and were analyzed by thematic analysis. The results provided three categories of information: contributions of PHE to the process of working with users; contributions of PHE to the process of work with the team; and contributions of PHE to the relationship with the management. It is concluded that the PHE is associated to the daily life of workers, helping with the construction of care centered on users and contributing with the improvement of the quality of services. In addition, this study contributed with the implementation of the Municipal Policy of Permanent Health Education. Finally, financial and human investments in the context of the PHE are of utmost importance so that attention, management and participation develop with quality and resolution.

Keywords: Education Continuing. Family Health. Primary Health Care.

Introdução

As práticas educativas no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), vem ocorrendo de forma sistemática e contínua ao longo dos últimos anos, especialmente após a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), que traz conceitos importantes para a formulação de um processo educativo no trabalho. Assim, a Educação Permanente em Saúde (EPS), é entendida como educação no trabalho e tem como um dos seus principais objetivos qualificar e transformar as práticas de trabalho no SUS (BRASIL, 2009). Segundo Pinto (2016), a EPS é vista como algo atual e vem angariando força entre os atores do sistema, pois está intimamente ligada ao desenvolvimento do SUS na atualidade.

Dessa forma, a integração das ações educativas pautadas na EPS é de fundamental importância nas diferentes instâncias do SUS. Assim, a Atenção Primária à Saúde (APS), localizada próxima a população e responsável pela resolução da maioria dos problemas da população tem um papel estratégico na consolidação do sistema e da mesma maneira precisa estar preparada para essas ações. Tem, ainda, a possibilidade de utilizar os conceitos da EPS como ferramenta de trabalho, desde o planejamento até a avaliação de suas atividades.

Neste contexto, na realidade do Brasil, há a Estratégia Saúde da Família (ESF), a qual possui a responsabilidade de reorganizar a APS, se caracterizando como um dispositivo de expansão, qualificação e consolidação do SUS, além de beneficiar a reorientação do processo de trabalho, ampliando a resolutividade dos serviços de saúde, trabalhando com uma população adscrita, desenvolvendo ações de promoção à saúde, prevenção de doenças, diagnóstico e reabilitação de agravos (BRASIL, 2012).

Nesta perspectiva, verificamos no cotidiano dos serviços de saúde facilidades e dificuldades na implementação das ações da ESF, entretanto muitas viabilizadas com o suporte do processo de EPS o qual vem gerando importantes contribuições no contexto da APS e no trabalho em saúde. Dessa forma, se buscou pesquisar sobre esses diferentes processos que ocorrem junto aos trabalhadores e seus resultados no fazer em saúde.

Assim, este artigo é parte da dissertação de mestrado intitulada “Educação Permanente em Saúde e suas Implicações no Processo de Trabalho na Atenção Primária à Saúde”, que tem como objetivo, compreender o processo de trabalho das equipes e as implicações da Educação Permanente em Saúde no trabalho cotidiano em saúde. Que fora realizada com as equipes de APS de um município do interior do RS, envolvidos no processo

de EPS. Devido a isso, há motivação de pesquisar as contribuições da educação permanente no trabalho da ESF, ainda, buscando novas estratégias e formas de fortalecimento da EPS no contexto da APS.

Percurso Metodológico

Trata-se do recorte de um estudo de mestrado, com abordagem qualitativa, que utilizou da técnica de pesquisa-ação para alcançar seus objetivos. Assim, a pesquisa qualitativa, segundo Minayo *et al* (2011), se ocupa de um nível de compreensão que não é possível de ser quantificado, ou seja, ela responde a questões particulares.

Para facilitar a compreensão do processo de EPS na APS a pesquisa-ação auxiliou na busca de respostas e de alternativas com vistas a consolidação de práticas como estas no processo de trabalho das equipes de saúde. Sendo que a pesquisa-ação é um método de pesquisa não-convencional que busca a intervenção, o desenvolvimento e a mudança, prevendo a interação entre o pesquisador e os atores envolvidos (GIL, 2010).

Os participantes foram profissionais de saúde lotados na Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Arvorezinha envolvidos no processo de EPS e que atuam na ESF ou nas equipes de apoio matricial, totalizando trinta e três profissionais de todos os níveis de formação (médio, técnico e superior). Para coleta de dados foi utilizado um questionário autoaplicável sobre o processo de EPS, sendo realizada entre maio e outubro de 2016.

A pesquisa ocorreu no município de Arvorezinha, que está situado na região Alta do Vale do Taquari, no estado do Rio Grande do Sul, distante em torno de 200 km da capital, Porto Alegre. Segundo o IBGE em 2015, o município possuía 10.585 habitantes, 3.952 residentes na zona rural e 6.633 na zona urbana, perfazendo uma densidade demográfica de 38,96 hab/km² (ARVOREZINHA, 2015).

Em relação à assistência à Saúde e a estrutura do SUS em nível municipal, há serviços próprios e contratados. Em relação aos serviços próprios, há duas Unidades de Saúde da Família (USF); três equipes de saúde da ESF; duas equipes de apoio matricial, sendo uma equipe do Núcleo de Apoio à Atenção Básica (NAAB) e uma equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Desde 2014, o município vivencia um fortalecimento no processo de educação permanente junto as equipes, por meio da criação do Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva (NUMESC), o qual é responsável pela coordenação, articulação e organização dos processos educativos na SMS.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA), mediante o parecer consubstanciado n. 1.459.159, de 21 de março de 2016. Assim, todos os participantes passaram pelo Processo de Consentimento Livre e Esclarecido de participação na pesquisa. Ainda, o financiamento foi próprio dos pesquisadores e não houve conflitos de interesses na execução deste estudo.

Quais as contribuições da EPS no processo trabalho da ESF? Está é a questão que queremos responder neste artigo. Para isso, os trabalhadores foram consultados e aqui serão apresentados alguns dados provenientes desta consulta, que gerou um diagnóstico sendo produto de um momento de expressão dos profissionais com o intuito de detectar as principais dificuldades, facilidades e as contribuições da EPS para o trabalho das equipes de APS. O que foi base para pesquisa-ação, a qual construiu coletivamente um projeto de intervenção de EPS e que foi aplicado e avaliado. As informações advindas do questionário foram analisadas com base no processo de análise temática proposto por Minayo (2014), que define essa análise como o descobrimento dos núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença signifique algo para o objeto de estudo. Assim, os questionários foram tratados e separados em três núcleos temáticos que serão apresentados na seção de resultados e discussões.

Resultados e Discussões

Vamos apresentar três categorias geradoras que os participantes se manifestaram sobre as contribuições da EPS, sendo elas: no processo de trabalho junto aos usuários, no processo de trabalho com a equipe e na relação com a gestão.

Contribuições da EPS no processo de trabalho junto aos usuários

Inicialmente, pela ótica dos trabalhadores da APS do município estudado, muitos afirmam que as ações de EPS atuam no fortalecimento do trabalho em saúde e no fortalecimento dos trabalhadores.

“Sim, contribui e muito pois baseado nos casos estudados podemos usar na prática cotidiana com os usuários.” (Q1)

“Me ajudou muito a ter mais confiança na relação com eles.” (Q2)

Nesses relatos os trabalhadores referem que, em suas práticas cotidianas, a EPS fortalece a relação com os usuários e o cultivo do vínculo com os mesmos. Os casos estudados durante esse processo estão associados à realidade vivenciada pelos profissionais e,

devido a isso, as ações agregam um valor significativo para eles. O processo educativo apresenta um elemento transformador que, segundo Freire (2015a), auxilia os sujeitos a refletir sobre a sua própria realidade e os torna capaz de desenvolver e intervir no cotidiano.

Concomitantemente, a Portaria nº 278, de 27 de fevereiro de 2014, reafirma os princípios e as diretrizes da Educação Permanente como estratégia para a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores, apostando no fortalecimento da EPS como ferramenta das práticas das equipes e dos contextos de trabalho, tendo como objeto de análise os processos de trabalho e como método a reflexão problematizadora, gerando processos de aprendizagem significativa (BRASIL, 2014). Corroborando a isso, os trabalhadores associam o processo educativo a novas formas de fazer saúde. Assim, podemos dizer que essa ferramenta provoca inquietações no trabalho cotidiano e nas interações, resultando em ações de saúde diferentes das vivenciadas nos cotidianos dos serviços de saúde, como ações educativas nas comunidades, atendimentos domiciliares, grupos terapêuticos, atividades coletivas, reuniões, entre outras.

“EPS lança novos olhares sobre a forma de fazer o trabalho em saúde.” (Q4)

“Compartilhamento das ações, é um trabalho vivo, é um trabalho em ato.” (Q3)

A respeito do trabalho vivo em ato, Merhy e Franco (2006) conceituam-no e auxiliam-nos a entender e experimentar uma nova visão sobre o trabalho em saúde, que é essencialmente coletivo, pois depende da interação dos diferentes atores e tem como finalidade cuidar do usuário. Esses novos olhares representam a superação do modelo biomédico na tentativa de alçar o olhar para a saúde da população, dos grupos e coletividades do território. Assim, a EPS ajuda-nos a superar o mecanicismo vigente, ampliando o conceito de trabalho em saúde e, conseqüentemente, qualificando os serviços.

Os trabalhadores apontam para a importância de o seu trabalho estar associado a essa finalidade: o cuidado do usuário. Segundo Franco e Merhy (2012), o trabalho vivo nos proporciona inúmeras possibilidades de encontro com o usuário, pois tem a interação como a chave do cuidado e aponta para a construção participativa do projeto terapêutico, tudo isso baseado na singularidade do sujeito que está participando dessa troca, levando o trabalhador a aproximar suas atividades e a produção do cuidado às necessidades reais dos usuários. Podemos observar dois recortes que nos apresentam essa percepção.

“Temos que compreender que o cuidado em saúde deve estar centrado no usuário.” (Q17)

“[...] com certeza, pois não tem melhor que o usuário para realmente saber se o nosso objetivo é alcançado [...].” (Q20)

A EPS, estando ligada ao conceito do trabalho vivo, colabora para o trabalho em saúde, pois notamos que não se trata de uma clínica centrada na patologia e na doença. Mesmo que essa superação ainda seja muito singela, é possível associar este fato ao investimento que este corpo de profissionais vem fazendo nos últimos anos em estratégias educativas com base na EPS.

Nesse interim, outras contribuições (não menos importantes) revelam aspectos relacionados à qualificação dos trabalhadores: questões de diálogo, entendimento e escuta.

“Na maneira como conversar e entender.” (Q11)

“Sim, pois um entendimento mais abrangente nos guia.” (Q24)

Com essas falas podemos inferir que a EPS é fundamental para o trabalho em saúde, uma vez que, na APS, no atual cenário de busca na transformação do modelo assistencial, precisa-se desenvolver as tecnologias leves e as demais conforme cada projeto terapêutico. Tudo isso impacta na reestruturação produtiva da saúde, que é um modo diferente de produzir saúde, pois não está centrada no ato prescritivo, mas nos aspectos relacionais, afetivos e subjetivos dos sujeitos envolvidos (FRANCO; MERHY, 2012).

Na perspectiva de aprofundar as relações e, com isso, qualificar o trabalho, os profissionais apresentam o que chamam de “trocas” como um fator contribuinte da EPS no fazer em saúde e em especial junto aos usuários, o que impacta nos serviços.

“A troca de experiências, o compromisso com o público alvo fortalece os desafios encontrados, cria espaço de aprendizagem.”
(Q27)

“[...], por permitir que com a troca de experiências entre todos os componentes possamos adaptar o serviço de acordo com a necessidade da população.” (Q29)

A partir disso, são criadas adaptações nos serviços de saúde tendo como guia as necessidades da população e, assim, os profissionais organizam-se para facilitar o acesso da população. Nesta atitude de troca, é expresso o compromisso da equipe com os usuários e com o processo educativo, que se dá em todos os momentos, independentemente de ser um espaço dedicado para tal, ou seja, existem momentos de aprendizagem até mesmo na discussão das ofertas de serviços da equipe. Barbosa, Ferreira e Barbosa (2012) apontam que as mudanças ocorrem quando os indivíduos têm a chance de revisitar suas ações e refletir sobre elas, buscando novas possibilidades. Para tal, é necessário o envolvimento de todos, já que este momento de troca irá gerar um conhecimento novo e com significado para todos os sujeitos.

Reforçando essa questão um dos participantes da pesquisa refere que o saber da experiência vem sendo reforçado com a EPS.

“[...] Se entendermos que a EPS é o saber da experiência, então significa que estamos falando e aprendendo junto do nosso usuário, pois nossas experiências estão diretamente ligadas ao usuário. Não tem como separar nossos aprendizados e conhecimentos do usuário.”
(Q5)

Quando se traz o conceito do saber da experiência para a EPS, superamos a lógica educativa tradicional e nos deparamos com uma lógica que valoriza as individualidades, experiências e vivências dos sujeitos envolvidos no processo (EPS EM MOVIMENTO, 2014a). Tudo isso colabora para a construção de uma ação educativa libertadora que produz autonomia e satisfação, pois cria uma conexão intensa com a realidade vivida (FREIRE, 2015b), rompendo possíveis barreiras entre profissionais e usuários. Na mesma lógica, outro participante aponta que a EPS está associada ao trabalho, pois a mesma precisa surgir do trabalho e impactá-lo de certa forma.

“[...] A EPS sempre está associada ao nosso trabalho.” (Q23)

Esse relato referenda o que nos apresenta a PNPEs, uma política de formação e desenvolvimento para o SUS que valoriza a aprendizagem no trabalho, incorporando o aprender e ensinar ao cotidiano (BRASIL, 2009), no sentido de transformar as práticas e qualificar os serviços como uma estratégia de superação dos problemas vivenciados pelas equipes.

“Contribui com novas formas de ver o “problema”, a situação vista por mais olhares sempre fica mais fácil de ser resolvida.” (Q26)

“Contribui na superação de certos problemas detectados em equipe, podendo oferecer um melhor atendimento ao usuário.” (Q30)

Com base nesse relato e na bibliografia podemos afirmar que existem lacunas na formação dos profissionais de saúde, como a falta de conhecimentos sobre o SUS e os processos educativos. A EPS auxilia na superação de diversos problemas e, ainda, é fundamental para o desenvolvimento e consolidação da ESF (PAULINO; SOUZA; BORGES, 2010). Dessa maneira, a EPS tem a característica de emanar da realidade vivenciada pelos profissionais e buscar suprir as necessidades na tentativa de qualificar os serviços (SILVA *et al*, 2012). Estes autores nos provocam a refletir sobre a importância da EPS no tocante à resolução de problemas que fazem parte do cotidiano de trabalho dos profissionais da APS.

Assim, Silva *et al* (2014) evidenciam que o dia a dia dos profissionais dá-se em um cenário de produção de problemas que são desafiados e resolvidos buscando a visão da EPS para agir e articular possíveis resoluções destes nós críticos corriqueiros. Entretanto, a EPS é vista como algo complementar e não essencial no contexto do trabalho em saúde, como evidenciado neste recorte a seguir:

“É um complemento para o nosso trabalho.” (Q18)

A partir desse recorte entendemos muitas das dificuldades encontradas na prática da EPS, pois não há um olhar para esse processo como algo essencial e necessário para o trabalho em saúde, que precisa caminhar conjuntamente ao nosso fazer cotidiano. Poderia ser considerada complemento se não houvesse regulamentação em nível nacional, como política pública e estratégica de educação no trabalho, por meio da PNEPS (BRASIL, 2009). Entretanto, existem dificuldades de compreensão por parte dos atores da real importância que a EPS possui no contexto do SUS. Em outro estudo, Peres, Silva e Della Barba (2016), demonstram que as dificuldades de compreensão no que diz respeito à EPS caracterizam-se como um impasse para sua implementação, ratificando o que visualizamos no fragmento citado.

Toda essa dificuldade se dá pelo fato de não compreender os princípios e diretrizes que regem essa política que permeia todo o nosso fazer em saúde. Assim, podemos transpor esse pensamento para a prática da APS. Ao realizar um acolhimento de um usuário na USF, estamos trabalhando conceitos da EPS, ou seja, a forma como eu valorizo o que este usuário está relatando, como eu olho para ele, qual a minha postura diante do usuário, como se dá a construção do vínculo, o que será oferecido quando ele procura a unidade, qual a oferta que a unidade possui, qual é a demanda que o usuário apresenta, é possível a equipe trabalhar com este usuário para resolver o problema, entre outros. Tudo isso e muito mais é perceptível no contato do profissional com o usuário e, com isso, podemos notar que a EPS está presente nos mais variados espaços de trabalho em saúde, porém ainda é vista como complemento.

Notamos, também, que alguns profissionais olham e vivem a EPS como uma transmissão de informações, lógica que busca ser superada a cada dia com novos conceitos de aprendizagem.

“Conhecimento para eu levar aos usuários.” (Q12)

“Me ajudando a transmitir aos usuários informações sobre os trabalhos que estão sendo oferecidos.” (Q28)

Podemos refletir alguns pontos importantes: que sentido tem esse conhecimento para o usuário? Ele é significativo? Ou simplesmente eu, como profissional, tenho a obrigação de

“transmitir”? Precisamos encontrar o que faz sentido, o que dá sentido às informações, àquilo que será “inculturado”, vivenciado pelo usuário e não apenas transmitir algo para cumprir uma obrigação legal. Aqui verificamos uma lógica educativa tradicional que não valoriza o sujeito envolvido e está baseada na teoria da transmissão de conhecimentos (FREIRE, 2015a). Já em outro relato, notamos que também se valoriza a experiência do usuário e que, com ela, os trabalhadores podem e aprendem muito.

“Sim, porque tanto as ACS como profissionais tentam sempre levar informações para eles (usuários), mas também, ao mesmo tempo, ainda aprende muitas coisas com eles.”
(Q19)

Essa percepção nos faz pensar que este aprendizado significativo faz efeito no fazer saúde na APS, pois as trocas se dão de forma instantânea. Assim como o profissional oferece a informação ele aprende com o usuário, e aí está uma riqueza que precisa ser explorada, que é a “conversa” entre os saberes acadêmico e popular. Dessa forma, Lopes, Freitas e Maciel (2015), demonstram que a educação em serviço visa transformar as práticas pedagógicas, criando espaços de reflexão sobre a prática de trabalho, superando os limites da qualificação. Entendemos que o fato de buscar manter uma postura dialógica com todos os atores, nos mais diversos espaços, abre caminhos para melhorias no campo da EPS na APS.

Contribuições da EPS no processo de trabalho com a equipe

Neste segmento vamos apresentar as contribuições da EPS, na ótica dos trabalhadores, no processo de trabalho com a equipe. A EPS se dá no cotidiano do serviço, partindo da realidade e das dificuldades. Sabemos que não é possível resolver os problemas sozinhos, nem trabalhar de forma isolada. Assim, precisamos estabelecer formas de trocas com os demais profissionais. Os trabalhadores demonstram de que forma utilizam essas ferramentas de troca, como segue:

“[...] é uma troca de conhecimentos onde nós agentes de saúde aprendemos e os profissionais que fazem parte da EPS aprendem com nós.” Q20

“A troca de informações cria um melhor entendimento e cria também um elo mais forte com os colegas.” Q24

Os profissionais definem, em sua compreensão, a EPS como um espaço de troca de conhecimentos, de informações e de ideias, as quais contribuem para o processo educativo e de relação com a equipe de saúde. Silva *et al* (2014), referendam que a EPS é um espaço de

troca. Ela amplia a compreensão de conceitos como interdisciplinaridade buscando dar novo sentido às práticas de todos os profissionais que compõem a equipe, por meio das trocas. Assim, a EPS colabora para refletir sobre as práticas, proporcionando diferentes aprendizados.

“Sim, porque (re)pensamos sobre nosso fazer. [...] percebe-se que é através da EPS que identificamos nossas dificuldades e facilidades e é através dela que conseguimos nos movimentar.” Q5

“Sim, porque no momento de EPS as pessoas tende a se abrir mais (falar mais), e acabamos aprendendo mais um com o outro.” Q13

As trocas que ocorrem na EPS, as possibilidades de refletir sobre o fazer em saúde e os conhecimentos adquiridos proporcionam atitudes reflexivas a respeito dos mais variados temas e isso permite que modificações e movimentações possam ocorrer de forma concreta no dia a dia dos serviços (PAULINO; SOUZA; BORGES, 2010). Para Barbosa, Bocchi e Barbosa (2014), o principal momento para a EPS é o da reflexão crítica sobre a prática de trabalho que gera transformações e movimentações na realidade dos serviços. Nesse sentido, os trabalhadores referem que a EPS contribui também para esclarecer dúvidas e gerar novos aprendizados.

“Contribui e muito pois junto com a equipe podemos esclarecer dúvidas e formular novos conceitos sobre a situação do momento.” Q1

Para Barbosa, Bocchi e Barbosa (2014), os espaços de EPS favorecem a responsabilização dos profissionais produzindo novos saberes e práticas. Ainda, os trabalhadores trocam informações e conhecimentos, com o objetivo de melhoria no atendimento à população. Toda essa contribuição é gerada a partir das ações coletivas que se dão nas equipes.

“Aprendemos juntos.” Q18

“Por ser um trabalho em equipe a educação permanente fortalece o trabalho, a relação entre os membros da equipe [...].” Q27

“Porque passamos a refletir juntos sobre o ‘problema’ e solucioná-lo juntos, ou buscar sobre algum assunto de interesse da equipe.” Q32

Nestes recortes verificamos formas de conduzir a EPS que são primordiais para sua realização, conforme o preconizado pela sua política, desde a concepção até aos resultados esperados. A construção coletiva das ações de EPS e a reflexão colaborativa precisam se dar de forma horizontal, sem hierarquizações e com a participação e valorização das contribuições de todos os atores envolvidos. Ainda, sob o ponto de vista do fortalecimento do trabalho, Silva *et al* (2012), reforçam que a EPS precisa ser um dispositivo que promova interação entre

os trabalhadores, crescimento em todos os âmbitos e impulsiona melhorias significativas nas ações e no trabalho em equipe. No mesmo sentido, Cardoso (2012), corrobora que o desenvolvimento dos profissionais é fundamental para que ocorram mudanças no modelo assistencial e na qualidade do sistema de saúde. Dessa forma, há relatos da EPS contribuindo para a melhoria dos serviços, desenvolvendo uma atitude democrática de disseminação do conhecimento, uma vez que todos os envolvidos são atores e proativos nesse processo.

“Pois faz com que abramos a visão para um cuidado melhor e maior em relação ao usuário.” Q17

Este trabalhador nos demonstra que há comprometimento da EPS com a melhoria da qualidade da assistência e o fortalecimento do vínculo com os usuários, assumindo a função de facilitador no processo de cuidado com a comunidade e no fortalecimento da equipe e das relações de trabalho.

“Unindo todos os participantes da equipe.” Q2

“Contribui para o melhor trabalho da equipe.” Q30

Dessa forma, Brandão e Oliveira (2013), destacam que a EPS desperta nas equipes o desejo de transformar e melhorar as relações de trabalho. Isso tudo se dá pelo fato de todos possuírem acesso ao conhecimento disponibilizado pela EPS, pela forma de condução do processo educativo de maneira horizontal e democrática. Colaborando com isso, temos as informações a seguir que versam sobre a EPS ser espaço de expressão.

“Troca de informações e diálogo em equipe, podendo dar nossas ideias.” Q10

“Por que sempre através da Educação Permanente temos a oportunidade de falar o que pensamos.” Q33

Espaço de liberdade dos profissionais, onde podem expressar suas ideias, falar o que pensam. Conforme o relato, entendemos a EPS como um instrumento de exercício das relações e de diferentes aprendizados possíveis no cotidiano dos serviços, além de um ambiente democrático onde cada ator pode expressar sua experiência que, segundo Merhy (2015), é:

“[...]como seu eixo e recolhendo isso como um experimentar de si, com os outros. Abrindo-se para o acontecimento como elemento de aticamento do que já fizemos de nós mesmos, convidando a novas formas e possibilidade do agir consigo e com o outro, conduzindo novas formas de conhecimento e atualização de outros.” (MERHY, 2015, p.12)

Essa experimentação pode ser relacionada com os trabalhadores e suas equipes e consiste na possibilidade de ter voz e vez no processo educativo, ou seja, serem ativos. Porém, no cotidiano das estruturas organizacionais, enrijecidas estes espaços tornam-se escassos. Entretanto, no processo de EPS se dão de forma natural e facilitam as novidades no que diz respeito a possibilidades de ação e de produção de conhecimentos, corroborando para a prática de trabalho em saúde. A partir da experiência que pode ser expressada, há o que chamamos de aprender no trabalho, apoiado pela aprendizagem significativa, como relatado a seguir:

“[...] os participantes integram positivamente. E a reflexão do aprendizado compartilhado ganha valor quando relacionado a realidade dos participantes.” Q4

O aprendizado torna-se significativo pois está ligado à realidade e ao viver dos atores envolvidos no processo de EPS. Essa aprendizagem que dá significado a cada sujeito é a base da EPS, conforme a PNEPS (BRASIL, 2009, p.20), *“a educação permanente se baseia na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais”*. Para agregar valor ao processo educativo em serviço é necessário que haja reflexão e identificação com a prática e os problemas, assim, tornando a aprendizagem significativa.

Consoante a esse conceito, podemos acrescentar que a EPS gera um certo empoderamento ao grupo, pois ela se dá no espaço coletivo e, dessa maneira, proporciona ambientes favoráveis à reflexão da própria prática profissional e em equipe. Refletindo sobre o âmbito coletivo da EPS, entendemos que este se torna um dispositivo essencial para o trabalho em saúde e, quiçá, um sonho no contexto do SUS, já que impacta diretamente na sua consolidação e na efetiva qualificação. Dessa forma, o eterno artista Raul Seixas, em uma de suas composições, nos permite sonhar com a EPS nesse contexto:

“Sonho que se sonha só

É só um sonho que se sonha só

Mas sonho que se sonha junto é realidade” (música Prelúdio de Raul Seixas)

Com suas palavras, o compositor reforça o caráter coletivo, participativo e significativo que notamos ser fundamental à EPS e sem o qual ela se descaracteriza, tomando outro sentido no trabalho em saúde e no SUS.

Contrapondo as demais compreensões sobre este processo, é trazida a compreensão de que ainda os conhecimentos e as próprias equipes estão centrados no saber biomédico, segundo a ótica de um profissional.

“Infelizmente, ainda, nas ESFs do município o saber está mais direcionado ao saber médico.” Q3

Verificamos esta informação quando analisamos a bibliografia e nos deparamos com práticas de educação continuada que facilmente são confundidas com a EPS. Alguns estudos sobre práticas de EPS ainda apresentam experiências centradas no modelo biomédico, na transferência e na atualização de conhecimentos, o que pode gerar conflitos entre o entendimento da EPS e da educação continuada (BARBOSA, FERREIRA, BARBOSA; 2012; BARBOSA, BOCCHI, BARBOSA; 2014; SOUSA, BRANDÃO, PARENTE; 2015; ANDRADE *et al*, 2016).

Contribuições da EPS na relação com a gestão

Dando seguimento, vamos apresentar as contribuições da EPS na visão dos trabalhadores acerca da gestão. Os trabalhadores compreendem que a EPS oferece a mesma oportunidade à gestão, a de pensar sobre o seu fazer, podendo dessa maneira qualificar as ações das equipes e dos serviços. Assim, notamos o relato do trabalhador a seguir:

“[...] a gestão participando da EPS(...), é convidada a (re)pensar suas práticas e aprender junto com as equipes.” Q5

Não obstante, Marcondes *et al* (2016), reforçam que a EPS é algo indispensável na consolidação do SUS, porém apontam para dificuldades como desarticulação entre gestão e profissionais, falta de adesão à EPS, entre outras. Nesse caso, superamos algumas dessas dificuldades, pois a EPS é proposta a partir das vivências dos trabalhadores, articuladas por eles e concretizada da mesma forma. Essa característica impacta diretamente no fazer da gestão, que mantém uma abertura ao diálogo e à participação como consequência do processo educativo dos trabalhadores, em especial na resolução de problemas.

Em outros momentos, porém, notamos que a compreensão do papel da gestão e da localização dessa estrutura é vista como algo distante, um “ente” separado do fazer em saúde, algo que necessita de uma representação oficial. O que vamos visualizar, de uma forma geral, nos relatos dos profissionais que possuem este entendimento, como segue:

“Porque cada um de nós contribuimos um pouco com a gestão. Apesar da gestão não estar presente na EPS.” Q13

“Contribuiria de forma positiva se houvesse apoio e participação dos gestores nas rodas de conversa de EPS.” Q3

“Poderia contribuir mais, se a gestão participasse mais ativamente das reuniões e buscasse algumas soluções.” Q31

Por não verificar a presença de algum gestor ou representante, alguns profissionais entendem que não há participação da gestão nesse processo, o que se comprova pelos apontamentos supracitados. Entretanto, se não houvesse participação da gestão, sequer a EPS ocorreria, pois esta depende de uma abertura da gerência e da articulação dos trabalhadores. A dificuldade desse entendimento concentra-se na limitação de visualizar que todos são e fazem a gestão, não necessitando da presença do gestor oficialmente nesse contexto. Dessa maneira, os profissionais notam que seria necessária essa presença física, para auxiliar o andamento do trabalho da APS.

Por outro lado, podemos observar a concepção de que todos contribuem com a gestão. Quando se trata sobre o trabalho em saúde, todas as ações se dão a partir dos encontros entre os diferentes atores. Dessa maneira, todos interferem nos encontros, assim como todos atuam e todos tomam decisões, no âmbito da micropolítica. Para que a gestão produza conversas, negociações e reflexões é necessário que a EPS seja uma prática cotidiana e imperativa no trabalho em saúde (EPS EM MOVIMENTO, 2014b). Consoante a isso, outros ampliam essa compreensão de que a EPS fortalece a rede e o trabalho coletivo, apontando esse fato como uma contribuição da EPS no campo da gestão.

“Auxilia todos os membros da saúde porque somos uma rede.” Q18

“Trabalhamos e dependemos uns os outros na saúde, se o nosso trabalho flui, facilita o trabalho de nossos gestores e vice-versa.” Q22

O fortalecimento do trabalho coletivo e da gestão em saúde é apoiado e viabilizado pela EPS. Corroborando a isso, Gigante e Campos (2016), reforçam que a EPS é um dispositivo essencial para transformar o trabalho em saúde, qualificar as ações e oferecer suporte à gestão. Nessa perspectiva, nos é apresentada uma visão sistêmica do processo de trabalho, por meio do planejamento de ações e da organização do próprio trabalho.

“Sim, através da EPS é possível o planejamento de ações organizando o trabalho, contribuindo com a gestão.” Q23

A visão multidimensional da EPS é reforçada pelo relato do profissional que tem o entendimento de que o processo educativo tem impacto no planejamento e na organização do trabalho, levando a mudanças que são importantes no fazer em saúde. Deste modo, Cardoso (2012), refere que os trabalhadores tornam-se conscientes sobre as questões da gestão e participam ativamente da mesma caracterizando-se como uma ferramenta para tal, o que é comprovado nos trechos seguintes:

“Com um melhor entendimento dos problemas que a EPS proporciona, temos maior certeza nas decisões dos diferentes investimentos que podemos fazer.” Q24

“Para a gestão é uma ótima forma de achar resolução dos problemas cotidianos.” Q26

“Deve ser um instrumento orientador de trabalho na construção e acompanhamento do trabalho.” Q27

É necessária a articulação entre os atores que produzem saúde no seu cotidiano para, assim, qualificar a atenção e a gestão. Ainda, a priorização da EPS no trabalho em saúde precisa ser algo imprescindível (BARBOSA; BOCCHI; BARBOSA, 2014). A partir disso, teremos ações efetivas baseadas na realidade vivenciada por cada grupo o que irá gerar impactos positivos nos serviços de saúde. Colaborando com isso, Silva *et al* (2016), observa mudanças propositivas no campo da atenção e da gestão, a partir da estruturação do processo de EPS, o que impacta positivamente na qualidade das ações de saúde.

Considerações Finais

Este artigo apresentou algumas das principais contribuições da EPS no processo de trabalho da ESF, pela percepção dos trabalhadores, de um município. Sendo assim, foi possível perceber que a EPS está associada ao fazer cotidiano destes trabalhadores, fortalecendo a equipe e sua relação entre colegas e com os usuários dos serviços de saúde. Ainda, auxilia na construção de um cuidado centrado nos usuários, superando, de certa forma, o modelo biomédico hegemônico, uma vez que é possível notar uma postura de escuta desenvolvida pelos profissionais, facilitada pelas trocas no processo educativo. Que por sua vez colabora com a melhoria da qualidade dos serviços, já que todos encontram-se muito próximos nesse contexto.

Nesse sentido, também foi apontado que a EPS favorece diferentes processos de valorização das experiências e vivências dos sujeitos envolvidos, uma vez que é baseado na aprendizagem significativa e na problematização, facilitando o acesso ao conhecimento, democratizando relações e saberes, a partir da prática educativa que é libertadora. Além do mais, promove o que chamamos de empoderamento dos profissionais, pois todos têm possibilidades de expressão e liberdade para se colocar neste meio, o que facilita reflexões sobre o seu fazer cotidiano. Ainda, no ponto de vista da gestão a EPS contribui a medida em que, ao fortalecer os próprios profissionais como atores, também estabelece dinâmicas de

decisões e de transformações da realidade, desenvolvendo uma cultura da gestão compartilhada, na qual todos são atores proativos na realização das ações. Assim, a EPS acaba sustentando processos de planejamento e organização do trabalho em saúde.

Entretanto, foi possível verificar que em alguns relatos há uma contradição, já que para alguns profissionais verifica-se ruídos no que diz respeito a superação desse modelo, sendo possível verificar ainda algumas práticas do saber biomédico. No mesmo sentido, outros conflitos, no que diz respeito às diretrizes e princípios da EPS, ecoaram. Sendo que foi verificado alguns relatos baseados na lógica da transmissão de informações, reforçando o modelo de educação bancária (FREIRE, 2015a). Outra questão conflitante podemos dizer que é a visão de alguns profissionais sobre a EPS e a gestão, sendo que alguns relataram que a gestão se encontra distante desse processo. Porém é uma questão de entendimento, pois se a gestão favorece que a EPS ocorra no cotidiano dos serviços, de certa forma ela é afetada por esse processo e por consequência vivencia a EPS, pois temos o entendimento que, no trabalho em saúde, todos fazemos gestão, depende da postura de cada um nessa rede.

Dessa forma, há compreensões diferentes a cerca destas contribuições para o processo de trabalho das equipes de APS, porém podemos afirmar que são, em sua maioria, contribuições propositivas e positivas para o trabalho em saúde. Assim, a construção deste artigo nos auxiliou na condução da pesquisa-ação, dando pistas para possíveis investimentos e gerando subsídios para o trabalho em saúde. Por consequência, resultou na implantação de uma Política Municipal de Educação Permanente em Saúde (PMEPS), ratificando a EPS como postura pedagógica e educativa no âmbito municipal do SUS, instituiu equipe de condução e formalizou a estrutura do NUMESC no organograma do município. Ocasionalmente em uma maior segurança aos profissionais e garantia da EPS como uma política de formação contínua na realidade local.

Por fim, desejamos e lutamos para que a EPS se fortaleça a cada dia no SUS, trabalhando em consonância com os diferentes atores, para que o sistema se consolide a cada como política pública de saúde de qualidade. Assim, se faz primordial que investimentos sejam realizados nesse contexto, e não somente financeiros, mas, em especial, humanos, com no âmbito da EPS para que a atenção, a gestão e a participação em saúde desenvolvam-se com qualidade e resolutividade. Além de tornar o espaço de fazer saúde em um espaço democrático, acessível, de qualidade, onde ensinar-aprender-viver sejam indissociáveis. Enfim, que a EPS ocupe o espaço real que a população brasileira merece, sendo dispositivo de transformação e melhoria da qualidade do sistema de saúde.

Referencias

- ANDRADE, R. S.; CALDAS, L. B. S. N.; FALCÃO, M. L. P.; GOES, P. S. A. Processo de Trabalho em Unidade de Saúde da Família e a Educação Permanente. *Trab. Educ. Saúde*, Rio de Janeiro, v. 14 n. 2, maio/ago. 2016.
- ARVOREZINHA. *Município de Arvorezinha*. Disponível em <http://www.arvorezinhars.com.br/>. Acesso em 11 de setembro de 2015.
- BARBOSA, V. B. A.; BOCCHI, S. C. M.; BARBOSA, P. M. K. Experiências com Educação Permanente na área da saúde: Revisão Integrativa da Literatura. *Revista da Universidade Vale do Rio Verde*, Três Corações, v. 12, n. 1, jan./jul. 2014
- BARBOSA, V. B. A.; FERREIRA, M. L. S. M.; BARBOSA, P. M. K. Educação permanente em saúde: uma estratégia para a formação dos agentes comunitários de saúde. *Rev Gaúcha Enferm.* Porto Alegre. v.33, n.1. Mar 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 64 p.
- BRASIL. Portaria nº 278, de 27 de fevereiro de 2014. Institui diretrizes para implementação da Política de Educação Permanente em Saúde, no âmbito do Ministério da Saúde (MS). *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 28 fev. 2014. Seção 1, p. 59.
- CARDOSO, I. M. “Rodas de Educação Permanente” na Atenção Básica de Saúde: analisando contribuições. *Saúde Soc.* São Paulo, v.21, supl.1, 2012.
- EPS EM MOVIMENTO. *Educação e trabalho em saúde: a importância do saber da experiência*. 2014. Disponível em: <<http://eps.otics.org/material/entrada-textos/educacao-e-trabalho-em-saude-a-importancia-do-saber-da-experiencia>>. Acesso em: 27 nov. 2016.
- EPS EM MOVIMENTO. *Todo mundo faz Gestão*. 2014. Disponível em: <<http://eps.otics.org/material/entrada-textos-em-cena/todo-mundo-faz-gestao/>>. Acesso em: 2 dez. 2016.
- FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Cartografias do trabalho e cuidado em saúde. *Tempus - Actas de Saúde Coletiva*. Brasília, v. 6, n. 2, 2012.
- FREIRE, Paulo. *Pedagogia do Oprimido*. 59ª. Ed. Rio de Janeiro: Paz & Terra, 2015.
- FREIRE, Paulo. *Pedagogia da Autonomia*. 51ª. Ed. Rio de Janeiro: Paz & Terra, 2015.
- GIGANTE, R. L.; CAMPOS, G. W. S. Política de formação e Educação Permanente em Saúde no Brasil: bases legais e referências teóricas. *Trab. Educ. Saúde*, Rio de Janeiro, v. 14 n. 3, set./dez. 2016.
- GIL, A. C. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 5ªed. Atlas, São Paulo, 2010.

LOPES, S. V. L. M.; FREITAS, I. R.; MACIEL, M. C. C. Relato de Experiência: implantação do núcleo de educação permanente em Jataúba -PE. *Revista da Universidade Vale do Rio Verde*, Três Corações, v. 13, n. 1, 2015.

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

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Trabalho em saúde. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio organizador. *Dicionário da educação profissional em saúde*. Rio de Janeiro: EPJV; 2006. 308 p.

MINAYO, M. C. S. (Org); DESLANDES, S. F.; NETO, O. C.; GOMES, R. *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. 30ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.

MINAYO, M.C.S. *Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 14ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

PAULINO, V. C. P.; SOUZA, P. R.; BORGES, C. J. Contribuições da Educação Permanente em Serviço no Contexto da Estratégia de Saúde da Família. *Itinerarius Reflectionis – Revista Eletrônica do Curso de Pedagogia do Campus Jataí – UFG*. v.2, n.9, 2010.

PERES, C.; SILVA, R. F.; DELLA BARBA, P. C. S. Desafios e potencialidades do processo de educação permanente em saúde. *Trab. Educ. Saúde*, Rio de Janeiro, v. 14 n. 3, set./dez. 2016.

PINTO, H. A. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: Aprender para Transformar. In: GOMES, L. B.; BARBOSA, M. G.; FERLA, A. A. (orgs). *A educação permanente em saúde e as redes colaborativas: conexões para a produção de saberes e práticas*. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2016. p. 23-65.

SILVA, L. A. A.; BONACINA, D. M.; ANDRADE, A.; OLIVEIRA, T. C. Desafios na Construção de um Projeto de Educação Permanente em Saúde. *Rev Enferm UFSM*, v. 2, n. 3, Set/Dez, 2012.

SILVA, C.T.; TERRA, M. G.; CAMPONOGARA, S.; KRUSE, M. H. L.; ROSO, C. C.; XAVIER, M.S. Educação permanente em saúde a partir de profissionais de uma residência multidisciplinar: estudo de caso. *Rev Gaúcha Enferm*. v. 35, n. 3, Set, 2014.

SOUSA, M. S. T.; BRANDÃO, I. R.; PARENTE, J. R. F. A Percepção dos Enfermeiros sobre Educação Permanente em Saúde no contexto da Estratégia Saúde da Família de Sobral (CE). *Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia*, v. 3, n. 1, 2015.

ANEXOS

ANEXO A



TERMO DE ANUÊNCIA PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA

A Secretaria Municipal de Saúde de Arvorezinha está de acordo com a execução do projeto "Educação Permanente em Saúde e suas implicações no processo de trabalho na Atenção Primária à Saúde", coordenado pela pesquisadora Prof.^a Dra. Andrea Wander Bonamigo, desenvolvido em conjunto com o En^o Msdo. Guilherme Emanuel Weiss Pinheiro da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre - UFCSPA, e assume o compromisso de apoiar o desenvolvimento da referida pesquisa nesta Instituição durante a realização da mesma.

Declaramos conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução 466/2012 do CNS. Esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Arvorezinha - RS, 13 de janeiro de 2016.

Volnei Jost
Secretário Municipal de Saúde
CPF 577.877.000-68

Luiz Paulo Fontana
Prefeito Municipal de Arvorezinha
CPF:391.659.810-49



51.3772.0300 - Rua Carlos Scheffer, 1020
CEP 95995-000 - CENTRO - Arvorezinha/Rio Grande do Sul
E-mail: gabinete@arvorezinhas.com.br - Site: www.arvorezinhas.com.br



ANEXO B**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP / UFCSPA**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DE
PORTO ALEGRE

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: Educação Permanente em Saúde e suas Implicações no Processo de Trabalho na Atenção Primária em Saúde

Pesquisador: ANDREA WANDER BONAMIGO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 53113816.7.0000.5345

Instituição Proponente: Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.459.159

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, do tipo descritivo-exploratório, que se utilizará da técnica de pesquisa-ação para elucidar seus objetivos.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar como a Educação Permanente em Saúde, com ênfase no processo de trabalho, pode afetar o trabalho em saúde no contexto da Atenção Primária à Saúde em um município do interior do RS.

Objetivo Secundário:

- Compreender o processo de trabalho das equipes e as implicações da Educação Permanente em Saúde no trabalho cotidiano em saúde.
- Problematicar as facilidades e dificuldades para a realização das estratégias de Educação Permanente em Saúde no cotidiano.
- Cartografar as experiências de Educação Permanente em Saúde na realidade de um município do RS
- Aperfeiçoar os processos de Educação Permanente em Saúde, por meio de um projeto de intervenção, construído coletivamente pelos atores envolvidos.
- Avaliar a implementação do projeto de Educação Permanente em Saúde proposto pelos atores.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DE
PORTO ALEGRE



Continuação do Parecer: 1.459.159

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

O projeto envolve pesquisa com seres humanos e, devido a isso, possui riscos, nesse caso risco mínimo de danos, como desconforto durante a participação, sendo assim, é garantido ao participante se retirar da pesquisa em qualquer etapa e momento.

Benefícios:

Este projeto trará contribuições no campo da Educação Permanente em Saúde na realidade do município de Arvorezinha, trazendo à tona a compreensão desse processo no cotidiano dos profissionais, ainda, a possibilidade de qualificação do trabalho e a transformação das práticas de saúde realizadas na Atenção Primária à Saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Em um primeiro momento, serão convidados os profissionais lotados na Secretaria Municipal de Saúde que se enquadrem nos critérios de inclusão deste estudo; após o aceite será aplicado o questionário semiestruturado autoaplicável; a seguir serão realizados os dois encontros dos seminários, os encontros serão gravados e será realizada observação por meio do registro em diário de campo. A partir disso será proposto uma intervenção no que diz respeito a Educação Permanente em Saúde na rede de saúde do município. O estudo será realizado no município de Arvorezinha que está situado no Alto do Vale do Taquari, que conta com três equipes da Estratégia Saúde da Família e mantem 100% de cobertura.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Presentes. A autorização para realização da pesquisa no município de Arvorezinha está assinada pelo Prefeito e pelo Secretário de Saúde do município.

Recomendações:

Acrescentar no TCLE os dados de contato deste CEP e deixar o campo referente à data em branco, para preenchimento no momento da assinatura do TCLE.

Trazar um novo TCLE até o CEP para substituição e assinatura de aprovação do CEP.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Ver acima.

Considerações Finais a critério do CEP:

De acordo com o parecer do Relator.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DE
PORTO ALEGRE



Continuação do Parecer: 1.459.159

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_651923.pdf	28/01/2016 12:06:22		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.doc	28/01/2016 12:05:33	GUILHERME EMANUEL WEISS PINHEIRO	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	28/01/2016 12:03:02	GUILHERME EMANUEL WEISS PINHEIRO	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	17/01/2016 10:04:51	GUILHERME EMANUEL WEISS PINHEIRO	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	17/01/2016 10:04:17	GUILHERME EMANUEL WEISS PINHEIRO	Aceito
Outros	Termo_compromisso_entrega_relatorio.pdf	17/01/2016 10:00:39	GUILHERME EMANUEL WEISS PINHEIRO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	17/01/2016 09:58:14	GUILHERME EMANUEL WEISS PINHEIRO	Aceito
Outros	anuencia.pdf	13/01/2016 17:05:29	GUILHERME EMANUEL WEISS PINHEIRO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 21 de Março de 2016

Assinado por:

Julia Fernanda Semmelmann Pereira Lima
(Coordenador)

ANEXO C

Trata-se do projeto de lei construído pela equipe do NUMESC, de forma coletiva e horizontal, a partir dos achados da pesquisa-ação, possuindo como guia os pressupostos pautados durante a investigação como ideia de qualificação da EPS. Tudo isso, a partir da construção de todos os atores envolvidos na pesquisa em suas diferentes fases. Dessa forma, no dia seis de dezembro de 2016, foi apresentado o projeto de lei que segue, na Câmara de Vereadores de Arvorezinha e aprovado por unanimidade. Instituído a PMEPS em Arvorezinha, garantindo espaços e subsídios para que a EPS ocorra na rede de saúde do Município, se transformando em uma política pública de educação e saúde.

PROJETO DE LEI Nº 086 DE 30 DE NOVEMBRO DE 2016

“Cria a Política Municipal de Educação Permanente em Saúde (PMEPS) e dá outras providências.”

Art. 1º - Fica instituído no âmbito municipal a Política Municipal de Educação Permanente em Saúde (PMEPS) de Arvorezinha.

DO CONCEITO

Art. 2º - A Educação Permanente em Saúde é a aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam no cotidiano dos serviços e no trabalho em saúde. A educação permanente se baseia na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais. Esta prática é atribuição nata de todos os profissionais de saúde, conforme previsto na Política Nacional de Atenção Básica.

Art. 3º - Os processos de qualificação dos trabalhadores em saúde devem ter como referência as necessidades de saúde das pessoas e populações, da gestão e do controle social.

DA BASE LEGAL

Art. 4º - A base legal para esta política se encontra na Portaria GM/MS Nº 198, de 13 de fevereiro de 2004, na Portaria GM/MS Nº 1.996, de 20 de setembro de 2007 e na Portaria CIB/RS Nº 390, de 11 de novembro de 2013.

DA ORGANIZAÇÃO

Art. 5º - Esta política está ligada à Secretaria Municipal da Saúde.

Art. 6º - Em âmbito municipal a gestão da PMPES será realizada pelo Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva (NUMESC), o qual tem autonomia para organizar e coordenar as atividades junto aos profissionais do Município.

§1º - O NUMESC é parte integrante da Rede de Educação em Saúde Coletiva (RESC) em nível estadual e da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) em nível federal.

§ 2º - O NUMESC consiste na organização municipal de gestão da Educação em Saúde Coletiva, na qual todos os atores podem participar diretamente.

§ 3º - O NUMESC tem como atribuições e responsabilidades:

a) definir diretrizes e estratégias ao desenvolvimento e ao acompanhamento das ações de Educação em Saúde Coletiva, no âmbito municipal;

b) propiciar espaços de escuta, acolhimento e análise de demandas de Educação em Saúde Coletiva;

c) pactuar viabilidades técnicas, políticas e administrativas para as práticas de educação em saúde, incluídas as de Educação em Saúde Coletiva.

d) registro e análise crítica das práticas de Educação em Saúde Coletiva;

e) viabilizar articulações municipais e regionais com os órgãos formadores, coordenando a educação permanente em saúde, a extensão educativa e a ação social direta na Educação em Saúde Coletiva, em articulação com o Núcleo Regional de Educação em Saúde Coletiva (NURESC) e com as demais instâncias da Rede de Educação em Saúde Coletiva;

f) realizar articulação com instâncias e ações de Educação Permanente em Saúde do SUS e práticas correlatas nas políticas públicas intersetoriais.

§ 4º - A sistemática de encontros se dará da seguinte forma:

- a) procederá, no mínimo, encontros mensais;
- b) o calendário de encontros, definido pelo NUMESC, será amplamente divulgado em toda rede municipal de saúde e intersetorial;
- c) os encontros serão abertos. Todos os atores podem participar diretamente, ou seja, de forma não restrita às representações institucionais;
- d) constituirá uma coordenação executiva, composta por, no mínimo, 2 (dois) trabalhadores da Secretaria Municipal da Saúde, nomeado pelo Secretário Municipal de Saúde, com a responsabilidade de operacionalizar, na gestão locorregional, as pactuações e definições do NUMESC. Ambos os profissionais deverão dedicar no mínimo 10% (dez por cento) de sua carga horária semanal para as atividades do núcleo.

Art. 4º - A PMEPS opera de forma articulada e integrada aos órgãos públicos municipais, instituições privadas, educativas e sociedade civil organizada, em sinergia com outras políticas educacionais e contribuindo para o fortalecimento da gestão municipal da saúde e do SUS.

§ 1º - Adotará o referencial do quadrilátero de formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. Assim, integrando diferentes setores da sociedade no processo de qualificação do SUS.

§ 2º - O Município terá autonomia para contrair para si convênios com instituições formadoras e educacionais no que diz respeito a realização de intercâmbios e estágios para o desenvolvimento de atividades pedagógicas, assistenciais e tecnológicas locais, regionais e nacionais, com aprovação de termo de convênio.

Art. 5º - São objetivos dessa Política:

- a) transformar as práticas de trabalho
- b) qualificar o trabalho em saúde
- c) melhorar a qualidade da atenção e da assistência em saúde
- d) compreender a equipe e seu processo de trabalho com a comunidade
- e) melhorar as relações nas e entre as equipes

Art. 6º - As equipes de saúde do Município deverão possuir um turno de atividades semanais para dedicação à sua organização interna, por meio da reunião semanal de equipe.

§ 1º - No mínimo de forma quinzenal as reuniões de equipe terão um horário dedicado à realização de atividades de Educação Permanente em Saúde e/ou Educação em Saúde Coletiva.

§ 2º - A dinâmica de trabalho do NUMESC junto às equipes se dará com base nas seguintes atividades: Rodas de Conversa, Dinâmicas de grupo, Pesquisa/questionamentos, Estudos de caso, Resolução de Problemas, Atividades de campo, Atividades com convidados.

Parágrafo único: As metodologias ativas serão as principais formas de condução das atividades, pois envolvem os atores e garantem a participação de todos, agregando significado ao aprender e ensinar.

§ 3º - As avaliações das atividades ocorrerão com periodicidade mensal e nas reuniões do NUMESC.

Art. 7º - Caberá a SMS:

§1º - Destinar os recursos humanos, financeiros e tecnológicos necessários para o funcionamento e consolidação do NUMESC, incluindo a comunicação permanente entre os seus componentes.

Art. 8º - A presente Lei entrará em vigor na data de sua publicação.

GABINETE DO PREFEITO MUNICIPAL DE ARVOREZINHA, aos 30 dias do mês de novembro de 2016.


LUIZ PAULO FONTANA
Prefeito Municipal

Registre-se e publique-se

EMILIA GASPARIN
Secretária Municipal de Administração

ANEXO D

Normas da Revista Ciência & Saúde Coletiva – ISSN 1413-8123

INSTRUÇÕES PARA COLABORADORES

Introdução

Ciência & Saúde Coletiva publica debates e textos inéditos sobre análises e resultados de investigações sobre um tema específico considerado relevante para a saúde coletiva; e artigos inéditos sobre discussão e análise do estado da arte da área e das subáreas, mesmo que não versem sobre o assunto do tema central.

A revista, de periodicidade mensal, tem como propósitos enfrentar os desafios, buscar a consolidação e promover a permanente atualização das tendências de pensamento e de práticas na saúde coletiva, em diálogo com a agenda contemporânea da Ciência & Tecnologia.

A revista C&SC adota as “Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas”, da Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas, cuja versão para o português encontra-se publicada na Rev Port Clin Geral 1997; 14:159-174. O documento está disponível em vários sítios na World Wide Web, como por exemplo, site: <http://www.nlm.nih.gov/citingmedicine/> ou <http://www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf>.

Recomenda-se aos autores a sua leitura atenta.

Seções de publicação

Editorial: responsabilidade do(s) editor(es). Este texto deve ter, no máximo, 4.000 caracteres com espaço.

Debate: artigo teórico pertinente ao tema central da revista, que receberá críticas/comentários assinados de até seis especialistas, também convidados, e terá uma réplica do autor principal. O texto deve ter, no máximo, 40.000 caracteres com espaço. Os textos dos debatedores e a réplica terão no máximo de 10.000 caracteres cada um, sempre contando com os espaços.

Artigos temáticos: revisão crítica ou resultado de pesquisas de natureza empírica, experimental ou conceitual sobre o assunto em pauta. Os textos de pesquisa não deverão ultrapassar os 40.000 caracteres. Os de revisão poderão alcançar até 50.000 caracteres. Para uns e outros serão contados caracteres com espaço.

Artigos de temas livres: não incluídos no conteúdo focal da revista, mas voltados para pesquisas, análises e avaliações de tendências teórico-metodológicas e conceituais da área ou das subáreas. Os números máximos de caracteres são os mesmos dos artigos temáticos.

Opinião: texto que expresse posição qualificada de um ou vários autores ou entrevistas realizadas com especialistas no assunto em debate na revista; deve ter, no máximo, 20.000 caracteres.

Resenhas: análise crítica de livro relacionado ao campo temático da revista, publicado nos últimos dois anos, com, no máximo, 10.000 caracteres. Os autores de resenha deverão encaminhar à Secretaria da Revista uma reprodução em alta definição da capa do livro resenhado.

Cartas: crítica a artigo publicado em número anterior da revista ou nota curta, descrevendo criticamente situações emergentes no campo temático (máximo de 5.000 caracteres).

Observação: O limite máximo de caractere leva em conta os espaços e inclui texto e bibliografia.

O resumo/abstract e as ilustrações (figuras e quadros) são considerados à parte.

Apresentação de manuscritos

1. Os originais podem ser escritos em português, espanhol, francês e inglês. Os textos em português e espanhol devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em inglês. Os textos em francês e inglês devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em português. Não serão aceitas as referências inseridas como notas de rodapé e notas explicativas no final do artigo ou pé da página.

2. Os textos têm de ser digitados em espaço duplo, na fonte Times New Roman, no corpo 12, margens de 2,5 cm, formato Word e encaminhados apenas pelo endereço eletrônico (www.cienciaesaudecoletiva.com.br) segundo as orientações do menu Artigos e Avaliações.

No caso de dúvidas, entrar em contato com a editoria da revista cienciaesaudecoletiva@fiocruz.br.

3. Os artigos submetidos não podem ter sido divulgados em outra publicação, nem propostos simultaneamente para outros periódicos. Qualquer divulgação posterior do artigo em outra publicação deve ter aprovação expressa dos editores de ambos os periódicos. A publicação secundária deve indicar a fonte da publicação original.

4. As questões éticas referentes às publicações de pesquisa com seres humanos são de inteira responsabilidade dos autores e devem estar em conformidade com os princípios contidos na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996 e 2000).

5. Os artigos devem ser encaminhados com as autorizações para reproduzir material publicado anteriormente, para usar ilustrações que podem identificar pessoas e para transferir direitos de autor e outros documentos que se façam necessários.

6. Os conceitos e opiniões expressos nos artigos, bem como a exatidão e a procedência das citações são de exclusiva responsabilidade do(s) autor(es).

7. Os artigos publicados serão de propriedade da revista C&SC, ficando proibida a reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem a prévia autorização dos editores-chefes da Revista.

8. Os textos são em geral (mas não necessariamente) divididos em seções com os títulos Introdução, Métodos, Resultados e Discussão sendo, às vezes, necessária a inclusão de subtítulos em algumas seções. Os títulos e subtítulos das seções devem estar organizados com recursos gráficos (caixa alta, recuo na margem, e não com numeração progressiva. O resumo/abstract terá no máximo 1.400 caracteres com espaço (incluindo-se palavras-chave/key words). Nele devem estar claros: o objeto, os objetivos, a metodologia, a abordagem teórica e uma síntese dos resultados e das conclusões do estudo. Logo abaixo do resumo os autores devem indicar até no máximo seis palavras-chave. É importante escrever com clareza e objetividade o resumo e as palavras-chave, pois isso facilita a divulgação do artigo e sua múltipla indexação.

Autoria

1. As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve pressupor:

a) concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados, b) redação do artigo ou a sua revisão crítica, e c) aprovação da versão a ser publicada.

2. No final da submissão do artigo, anexar no campo “documento em Word” o artigo completo, contendo os agradecimentos e as contribuições individuais de cada autor na elaboração do texto (ex. LM Fernandes trabalhou na concepção e na redação final e CM Guimarães, na pesquisa e na metodologia).

Nomenclaturas

1. Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura biológica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

2. Devem ser evitadas abreviaturas no título e no resumo.

3. A designação completa à qual se refere uma abreviatura deve preceder a primeira ocorrência desta no texto, a menos que se trate de uma unidade de medida padrão.

Ilustrações

1. O material ilustrativo da revista C&SC compreende tabela (elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens, etc.), quadro (elementos demonstrativos com informações textuais), gráficos (demonstração esquemática de um fato e suas variações), figura (demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, fluxogramas, como também por meio de desenhos ou fotografias). Vale lembrar que a revista é impressa em uma cor, o preto, e caso o material ilustrativo esteja em cor, deve ser convertido para tons de cinza.

2. O número de material ilustrativo deve ser de, no máximo, cinco por artigo, salvo exceções referentes a artigos de sistematização de áreas específicas do campo temático, quando deverá haver negociação prévia entre editor e autor (es).

3. Todo material ilustrativo deve ser numerado consecutivamente em algarismos arábicos, com suas respectivas legendas e fontes, e a cada um deve ser atribuído um breve título. Todas as ilustrações devem ser citadas no texto.

4. As tabelas e os quadros devem ser confeccionados no mesmo programa utilizado na confecção do artigo (Word versões 2003 ou 2007).

5. Os gráficos devem ser gerados em programa de imagem (Corel Draw ou Photoshop) e devem ser enviados em arquivo aberto.

6. Os arquivos das figuras (mapa, por ex. devem ser salvos no (ou exportados para o) formato Corel Draw e inseridas no formato original. Este formato conserva a informação VETORIAL, ou seja, conserva as linhas de desenho dos mapas. Se for impossível salvar nesse formato, os arquivos podem ser enviados nos formatos TIFF ou BMP, que também são formatos de imagem, mas não conservam sua informação vetorial, o que prejudica a qualidade do resultado. Se usar o formato TIFF ou BMP, salvar na maior resolução (300 ou mais DPI) e maior tamanho (lado maior = 18cm). O mesmo se aplica para o material que estiver em fotografia. Caso não seja possível enviar as ilustrações no meio digital, o material original deve ser mandado o em boas condições para reprodução.

Agradecimentos

1. Quando existirem, devem ser colocados antes das referências (somente no arquivo em Word anexado no site).

2. Os autores são responsáveis pela obtenção de autorização escrita das pessoas nomeadas nos agradecimentos, dado que os leitores podem inferir que tais pessoas subscrevem os dados e as conclusões.

3. O agradecimento ao apoio técnico deve estar em parágrafo diferente daqueles que citam outros tipos de contribuição.

Referências

1. As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. No caso de mais de dois autores, no corpo do texto, deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão et al. Nas referências, devem ser informados todos os autores do artigo.

2. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos, conforme exemplos abaixo: ex. 1: ... Outro indicador analisado foi o de maturidade do PSF¹¹; ex. 2: ... Como alerta Maria Adélia de Souza⁴, a cidade... As referências citadas somente nos quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto.

3. As referências citadas devem ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos (<http://www.icmje.org>).

4. Os nomes das revistas devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<http://www.nlm.nih.gov/>).

5. O nome de pessoa, cidades e países devem ser citados na língua original da publicação.