

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

“A Educação Permanente em Saúde como espaço de produção de saberes na Estratégia de Saúde da Família”

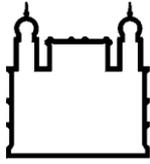
por

Josinei Feijó da Silva

Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre Modalidade Profissional em Saúde Pública.

*Orientador principal: Prof. Dr. Carlos Otávio Fiúza Moreira
Segunda orientadora: Prof.^a Maria Alice Pessanha de Carvalho*

Rio de Janeiro, julho de 2015.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



Esta dissertação, intitulada

“A Educação Permanente em Saúde como espaço de produção de saberes na Estratégia de Saúde da Família”

apresentada por

Josinei Feijó da Silva

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.^a Dr.^a Mônica de Rezende

Prof. Dr. José Inácio Jardim Motta

Prof. Dr. Carlos Otávio Fiúza Moreira – Orientador principal

Catálogo na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

S586e Silva, Josinei Feijó da
A educação permanente em saúde como espaço de produção de
saberes na Estratégia de Saúde da Família. / Josinei Feijó da
Silvas. -- 2015.
78 f. : mapas

Orientador: Carlos Otávio Fiúza Moreira
Maria Alice Pessanha de Carvalho
Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública
Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2015.

1. Educação Continuada. 2. Estratégia Saúde da Família.
3. Atenção Primária à Saúde. 4. Educação em Saúde. 5. Brasil.
6. Processo Saúde-Doença. I. Título.

CDD – 22.ed. – 374

Dedico esta dissertação a todos os profissionais que atuam na Estratégia de Saúde da Família e levam esse trabalho a sério, ajudando a reorganizar o SUS no Brasil.

DEDICATÓRIA

Primeiramente dedico este trabalho a Deus que ilumina os meus dias com seu amor e me convida a cada manhã para o milagre da vida.

Aos meus Pais que muito lutaram por mim, pela minha formação e a quem devo honrar por todas as conquistas que tenho em minha vida.

Aos meus irmãos Andreia, Tarciso e Anderson, muito bom tê-los por perto e por ter sido um caçula entre vocês, muito aprendi e muito aprendo sobre a vida e sobre as minhas escolhas com vocês.

A minha esposa Raquel Aguilera, por me permitir ficar distante, muitas das vezes impaciente e ainda assim me apoiar, me motivando a cada dia e me incentivando a continuar sonhando, você é uma joia rara na minha vida.

Aos meus orientadores Carlos Otávio e Maria Alice, com vocês fui alfabetizado, aprendi a andar nesse caminho difícil mas também incrível da academia.

Aos amigos e a toda a equipe do Mestrado Profissional em Atenção Primária com ênfase na Saúde da Família como foi bom estar com vocês este tempo, posso dizer que foram encontros eternizados em minhas lembranças.

Aos profissionais do CSE onde realizei minha pesquisa, vocês muito contribuíram para a realização deste estudo.

Por fim aos meus amigos que contribuirão direta ou indiretamente nessa caminhada, especialmente a Lia, Carlos Henrique, Vinícius Lopes e muitos outros que me apoiaram e sonharam comigo este sonho.

“Educar é semear com sabedoria e
colher com paciência”

Augusto Cury

RESUMO

A Educação Permanente dos profissionais de saúde constitui ainda um desafio para o Sistema Único de Saúde. Embora exista uma política que norteia tal proposta, pouco se sabe efetivamente a respeito do seu potencial na produção de saberes no dia a dia destes profissionais. Em virtude disto, a pesquisa teve como objetivo discutir as ideias gerais intrínsecas das Políticas Nacionais de Educação Permanente em Saúde de 2004 e 2009, e usou como eixo norteador a questão da produção de saberes nas práticas dos profissionais. O trabalho tem uma abordagem qualitativa, composta por análise documental e grupos focais com profissionais que atuam em equipes da Estratégia Saúde da Família de um Centro Municipal de Saúde do Município do Rio de Janeiro. Identificaram-se através da análise alguns modos de compreender e utilizar a Educação Permanente como espaço de produção do saber, seja para a circulação do conhecimento científico, seja como momento de reflexão a partir dos saberes da prática. Foi possível perceber também, pela fala dos profissionais, uma certa fragilização da formação técnica do agente comunitário de saúde, com efeitos possíveis no desempenho de suas funções profissionais e da equipe.

Palavras-chave: Educação Permanente em Saúde, Estratégia Saúde da Família e Produção de Saberes.

ABSTRACT

A Continuing Education (Educação Permanente) of health professionals is still a challenge for the National Health System. Although there is a national policy that guides such a proposal, little is actually known about its potential in the production of knowledge in everyday life of these professionals. Because of this, the research aimed to discuss the general proposes of the National Continuing Education Policies (2004 and 2009), and used as a guideline the issue of production of knowledge in professional practices. The study is a qualitative approach, consisting of document analysis and focus group dynamics with professionals who work in the Family Health Strategy teams of a Municipal Health Center in the city of Rio de Janeiro. They were identified by analyzing some ways to understand and use the Continuing Education as a production space of knowledge, either to the circulation of scientific knowledge, whether as a moment of reflection from the practical knowledge. It could be observed also some weakening of technical training of community health agents, with possible effects on the performance of their professional and team functions.

Keywords: Continuing Education in Health, Family Health Strategy and Knowledge Production.

LISTA DE ABREVIações

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária a Saúde
CSE	Centro de Saúde Escola Germano Jorge Fara
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
ENF	Enfermeiro
EPS	Educação Permanente em Saúde
EqSF	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia de Saúde da Família
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
MED	Médico
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-americana de Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PTS	Projeto Terapêutico Singular
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
SMSRJ	Secretaria Municipal de Saúde do Município do Rio de Janeiro
SUS	Sistema Único de Saúde

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Valores, princípios e elementos de um modelo de saúde baseado na AP e do modelo de Saúde adotado pelo Brasil.....	23
--	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Principais diferenças entre educação continuada e educação permanente	27
Quadro 2: Síntese da análise das PEPS de 2004 e 2009 com foco na produção do saber	32
Quadro 3: Níveis de Aprendizagem Organizacional:.....	33

SUMÁRIO

1. Introdução e Justificativa	11
2. Aspectos Teóricos	16
2.1 O conceito de Saber	16
2.2 A Organização da Atenção Primária a Saúde no Brasil	20
2.3 Educação Permanente em Saúde no Brasil	26
2.3.1 A articulação da EPS na PNEPS	29
2.4 A Estratégia de Saúde da Família e a Educação Permanente em saúde .	37
3. Aspectos Metodológicos.....	39
3.1 Caracterização da Pesquisa	39
3.2 Cenário e Sujeitos da Pesquisa	39
3.3 Estratégia de Coleta de Dados.....	43
3.4 Análise dos Dados	45
3.5 Aspectos Éticos.....	46
4. Resultados e Discussão	47
4.1 Análise dos Grupos Focais	47
5. Considerações Finais	64
6. Referências Bibliográficas.....	66
Apêndice 1	73
Anexo 1	74
Anexo 2.....	77
Anexo 3.....	78

1. Introdução e Justificativa

O Ministério da Saúde criou em 1994 o Programa de Saúde da Família (PSF), a partir de experiências ocorridas em países como Canadá, Cuba e Inglaterra, e também em função dos resultados positivos desenvolvidos pelo programa de agentes comunitários de saúde principalmente no Ceará (Faria, 2008). O Programa de Saúde da Família se inscrevia no processo de reorientação do modelo assistencial vigente em nosso País. Posteriormente, este programa se tornou uma estratégia do governo e passou a ser chamado de Estratégia de Saúde da Família (ESF). Pelo menos até o início da década de 1990, o modelo assistencial no Brasil possuía forte centralização e ênfase na atenção médico-hospitalar, com uma visível falta de investimentos em serviços de assistência básica à população.

Negri (2000) afirma que durante décadas, no Brasil, não se deu a necessária prioridade à assistência básica de saúde da população. O resultado dessa política é a realidade em que ainda vivemos: pessoas portadoras de doenças que poderiam ter sido evitadas, formando filas desumanas diante de hospitais, onde nem sempre encontram o atendimento necessário. Outra consequência perversa desse modelo é que ele pressiona a elevação dos gastos com o tratamento de doenças, que se multiplicam devido à falta de prevenção, em detrimento da promoção da saúde, gerando um círculo vicioso.

Após 20 anos, o PSF/ESF se consolida como o modelo de referência da atenção primária de mais de 5300 municípios, alcançando uma cobertura de aproximadamente 56 % da população nacional. A partir de 2009, o município do Rio de Janeiro intensificou a ampliação da ESF, chegando ao final de 2013 a uma cobertura de 40 % de sua população. Este aumento pode ser considerado significativo se comparado à cobertura que existia em 2009, de apenas 7 % da população com acesso a ESF (BRASIL, 2014). Tal elevação se deve ao plano estratégico da Prefeitura do Rio de Janeiro criado em 2009, intitulado Programa Saúde Presente, que consistia na implantação dos territórios integrados de atenção

à saúde, tendo como eixo principal a expansão da Estratégia de Saúde da Família no município (RIO DE JANEIRO, 2009).

Com o PSF, muda-se a lógica do trabalho em saúde. Pois se trata de um modelo centrado na família, que busca modificar o tradicional, centrado na cura de doenças e no hospital, possibilitando assim às equipes de saúde da família uma maior compreensão do processo saúde/doença da população e a identificação de necessidades de intervenção que vão além de práticas curativas (Brasil, 1998). Atualmente a ESF funciona como uma porta de entrada para grande parte da população aos serviços de saúde, sendo possível a ampliação do acesso aos usuários que demandem algum cuidado. No entanto, a população que busca os serviços de Atenção Primária o faz, muitas vezes, para fins curativos, uma vez que está habituada a procurar atendimento nos serviços hospitalares. Isto pode indicar a persistência de uma dada lógica de cuidado e assistência.

A prática de trabalho em saúde com ênfase na cura é apontada por Gomes (2009) como um desafio para a consolidação da ESF, tendo em vista a dificuldade em envolver os profissionais inseridos nessa Estratégia em um amplo processo de reorientação do trabalho em saúde; ainda mais quando estes profissionais em sua formação de base recebem forte influência do modelo centrado na doença. Este fato se agrava com a ainda incipiente integração do ensino com os serviços de saúde. Essa é a realidade de quase todo o cenário nacional e também se configura nos serviços de Atenção Primária do Município do Rio de Janeiro.

Em 2004, o Ministério da Saúde criou a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) buscando nortear a formação e a qualificação dos profissionais inseridos nos serviços públicos de saúde em nosso país, tendo como objetivo a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, estruturados a partir da problematização do processo de trabalho. (Brasil, 2004). Esta Política recebeu uma nova versão em 2009.

O texto da PEPS de 2004 indicava a criação dos Polos de Educação Permanente em Saúde, que eram espaços para o estabelecimento do diálogo e da negociação entre os atores envolvidos nas ações e serviços do SUS e das

instituições formadoras.

Os Polos de EPS eram um local para a identificação de necessidades e para a construção de estratégias e de políticas no campo da formação e desenvolvimento, na perspectiva de ampliação da qualidade da gestão, da qualidade e do aperfeiçoamento da atenção integral à saúde, do domínio popularizado do conceito ampliado de saúde e do fortalecimento do controle social no SUS. A criação destes Polos visava à participação direta do SUS na reorganização da formação e qualificação em saúde, através da articulação dos mais diversos atores das ações e serviços e das instituições formadoras (Brasil, 2004).

Em 2007, por meio da portaria de n. 1996, criou-se a Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço, que tinha como objetivo construir coletivamente os planos de ação regional de educação permanente em saúde através do diálogo dos atores dos SUS.

A educação permanente em saúde conforme a nova PNEPS de 2009, pode ser entendida como aprendizagem trabalho, ou seja, ela acontece no cotidiano das pessoas e das organizações, desenvolve-se a partir dos problemas enfrentados no dia a dia dos serviços onde se leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas possuem (Brasil, 2009). Ceccim (2012, *apud* Rezende, 2013) afirma que educação permanente é o desenvolvimento dos trabalhadores e ao mesmo tempo o desenvolvimento do próprio trabalho, assim sendo o desenvolvimento do sistema de saúde como um todo.

Com a EPS é possível à produção de conhecimento norteadas pelos problemas encontrados no dia a dia dos serviços. Trata-se de uma forma de produção de conhecimento distinta da tradicionalmente desenvolvida nos espaços formais de ensino, como nas universidades, que é quase sempre disciplinar e se realiza, sobretudo, num contexto acadêmico orientado pelo próprio processo de conhecimento (Sobral, 2001).

Ceccim (2005) indica que a educação permanente em saúde deve atuar no “quadrilátero da formação”, em uma análise das práticas dos profissionais de

saúde, das práticas de atenção à saúde, da gestão setorial e da organização social (CECCIM, 2005). No que tange à formação dos profissionais de saúde, este autor aponta para a necessidade de mudar a lógica das instituições de ensino e para o incentivo à produção de conhecimento nos serviços.

Outro fator importante no dia a dia do trabalho na ESF é a presença constante de práticas educativas que são produzidas a partir de uma lista de necessidades de atualização formuladas pelas instâncias gestoras da saúde no nível local ou por instituições de ensino. Estas acontecem quase sempre de forma desconectadas das reais necessidades das equipes de saúde. Segundo Brasil, 2003, já existe um consenso sobre a atual sobrecarga, repetição e fragmentação desses cursos desenvolvidos a partir de uma lógica vertical e programática.

Uma das principais percepções de limite no desenvolvimento de cursos de atualizações enquanto única proposta pedagógica é entendê-los como possibilidade de transferência de um conhecimento adquirido e aplicado junto as práticas de trabalho. Conforme Ribeiro & Motta (1996) os profissionais participam de curso de atualização e são elevados ao paraíso do “como deveriam ser” as práticas do serviço. Ao retornarem para o trabalho veem-se confrontados em suas realidades diárias com a dificuldade da aplicação do aprendizado adquirido.

As chamadas capacitações são muito importantes para os profissionais, contudo, é imprescindível que também seja focada a educação que pensa o trabalho e a educação que pensa a produção de mundo. Para isso, a PNEPS de 2004 define que as práticas educativas devem partir da problematização do processo de trabalho, onde são identificadas as necessidades de qualificação, garantindo a aplicação e a relevância dos conteúdos e das tecnologias estabelecidas.

Enquanto profissional de saúde da ESF muito me questionei sobre a EPS ser ou não uma promotora da produção de saberes dentro das práticas de trabalho. No entanto, a Política de Educação Permanente já tem mais de 10 anos de desenvolvimento e pouco se tem questionado sobre o conhecimento produzido no interior do processo de trabalho em saúde. Assim como temos pouca produção

sobre os saberes desenvolvidos no cotidiano dos serviços através da promoção da EPS nos serviços.

Por isso, busco nesta pesquisa analisar a EPS na realidade da Estratégia de Saúde da Família com o intuito de melhor entender seu potencial na produção de saberes no ambiente de trabalho.

A partir deste contexto, pode-se considerar que a EPS preconiza a inter-relação entre trabalho e formação, a aprendizagem no trabalho e para o trabalho, o trabalho em equipe como lócus de aprendizado contextualizado e significativo. A partir dessa perspectiva geral, formulamos algumas questões, relativamente ainda pouco exploradas nas pesquisas sobre EPS na ESF:

- Como se dá a identificação de necessidade de aprendizagem por parte dos trabalhadores da ESF?
- As práticas de EPS são vistas como espaço de produção de saber?
- As equipes de saúde identificam a EPS como ferramenta de análise e produção do saber local e contextualizado?
- O conhecimento produzido e sistematizado é incorporado à rede de conhecimento das equipes?
- De que forma a EPS vem sendo implementada no cotidiano da ESF?
- A Educação Permanente em Saúde é de fato um espaço de produção de saberes na Estratégia de Saúde da Família?

Estas perguntas servem para orientar a pesquisa que proponho desenvolver a partir deste projeto, tendo assim os objetivos que serão relacionados a seguir.

Objetivo Geral:

Discutir as ideias gerais das Políticas Nacionais de Educação Permanente em Saúde de 2004 e 2009, tendo como eixo norteador a questão da produção de saberes nas práticas dos profissionais.

Objetivos Específicos:

- Analisar os textos da Política de EPS (2004 e 2009), com destaque para a questão da produção do saber a partir das práticas profissionais em saúde.
- Identificar as práticas de EPS nas equipes na ESF.
- Analisar a percepção dos profissionais sobre as práticas de EPS, tendo como questão a relação entre prática profissional e produção de saber.

2. ASPECTOS TEÓRICOS

2.1 O conceito de Saber

Na prática cotidiana do trabalho em saúde, nem sempre é comum o profissional possuir capacidade para atender a todas as demandas que surgem, seja pelas limitações do contexto profissional, de sua formação, seja pela enorme gama de conhecimento em saúde produzido a cada dia. Logo, em muitos momentos estes profissionais necessitam efetivamente articular seus saberes e processos de trabalho com outros profissionais e, assim, fazer emergir novos saberes e práticas.

Essa articulação entre profissionais durante o trabalho pode promover o aumento da capacidade técnica do profissional e auxiliá-lo a responder as necessidades de saúde dos usuários que são atendidos todos os dias. Vale salientar que ao trabalharmos com um ser único e particular que é o homem, as condutas necessitam ser realizadas de forma a resguardar a singularidade de cada atendimento. Neste contexto, discutir o conhecimento e os saberes profissionais se torna importante a fim de entender a sua diferenciação no processo de trabalho.

Em uma primeira busca no dicionário, temos que conhecimento pode ser entendido da seguinte forma:

CONHECIMENTO. [De conhecer + -imento.] S.m. 1. Ato ou efeito de conhecer. 2. Ideia, noção. 3. Informação, notícia, ciência. 4. Prática da vida; experiência. 5. Discernimento, critério, apreciação. 6. Consciência de si mesmo; acordo. [...]

9. Filos. No sentido mais amplo, atributo geral que têm os seres vivos de reagir ativamente ao mundo circundante, na medida de sua organização biológica e no sentido de sua sobrevivência. 10. Filos. Processo pelo qual se determina a relação entre sujeito e objeto [...] 11. Filos. A apropriação do objeto pelo pensamento, como quer que se conceba essa apropriação: como definição, como percepção clara, apreensão completa, análise, etc. [...]. (FERREIRA, 1999, p.529).

Garcia (1988, p. 67) acrescenta que conhecer significa descrever um fenômeno, sejam em suas particularidades estruturais, seja em seus aspectos funcionais; prever a probabilidade de ocorrência futura de um evento e, por fim, manipular e utilizar um objeto qualquer, além de reproduzi-lo, alterando, até, suas características básicas.

Quando tratamos do conhecimento aplicado ao trabalho, principalmente das profissões, esta definição de conhecimento sofre algumas variações, seja dentro da formação, seja na padronização das práticas de trabalho, surge o conhecimento científico.

Já o conhecimento científico é compreendido por Garcia (1988, p. 72) como aquele que pretende predizer e controlar a ocorrência de determinados fenômenos, além de descrevê-los minuciosamente, localizando-os dentro de categorias específicas e de classes características.

Chauí (2000) reforça que o conhecimento científico é concebido como uma lógica da invenção que tem por objetivos a solução de problemas teóricos e práticos, e como lógica da construção relacionada a objetos teóricos, graças à possibilidade de estudar os fenômenos sem depender apenas dos recursos de nossa percepção e de nossa inteligência.

Ruiz (1997) e Mezzaroba e Monteiro (2008) definem o conhecimento científico como aquele que se refere ao obtido por experimentação, sendo caracterizado pela sua capacidade de analisar, de explicar, de desdobrar, de

justificar, de induzir, de aplicar leis e de prever com segurança eventos similares futuros.

Quando nos referimos ao ambiente de trabalho em saúde, pensar a promoção do conhecimento científico na prática de trabalho diária é algo árduo e difícil de ser mensurado, palpável. Principalmente na ESF onde as equipes se estruturam de forma multiprofissional conformando organizações de trabalho.

Por isso, para neste trabalho, me apoiarei na definição de conhecimento proposta por NONAKA et. al. (1995) que classifica o conhecimento em explícito e tácito. O conhecimento explícito é aquele que pode ser codificado com mais facilidade, podendo ser representado, armazenado, compartilhado e efetivamente aplicado. O Conhecimento tácito é o conhecimento pessoal, constituído do know-how subjetivo, dos insights e intuições que uma pessoa tem depois de estar imersa numa atividade por um longo período de tempo, se configurando como o conhecimento implícito usado pelos membros da organização para realizar seu trabalho e dar sentido a seu mundo. Apesar de o conhecimento tácito ser de difícil codificação este mesmo autor apresenta a Espiral do Conhecimento onde os conhecimentos tácito e explícito podem ser convertidos dentro de uma organização. Esta Espiral proposta por NONAKA et. a. (1995) pode ser definida por meio de quatro processos para a criação do conhecimento organizacional: a socialização, a externalização, a combinação e a internalização.

Na socialização ocorre a criação e compartilhamento do conhecimento tácito através da interação entre as pessoas, sendo que existe a conversão do conhecimento tácito para o tácito. Na externalização, ocorre a conversão do conhecimento tácito em explícito, sendo que o conhecimento individual passa a ser compartilhado por um grupo. Na combinação ocorre a sistematização do conhecimento explícito, onde o conhecimento explícito se transforma em explícito, passando do grupo para a organização. Na internalização ocorre a conversão do conhecimento explícito em tácito, onde o conhecimento passa da organização para o indivíduo (NONAKA et. Al., 1995).

Recuperando o conceito de saber pelo dicionário temos:

SABER. [Do lat. sapere, "ter gosto".] V. t. d. 1. Ter conhecimento, ciência, informação ou notícia de; conhecer; [...]. 2. Ter conhecimentos técnicos e especiais relativos a, ou próprios para; [...]. 3. Estar convencido de; ter a certeza de; [...]. 4. Ser instruído em; conhecer; [...]. 5. Ter meios, capacidade, para; conseguir: Não sei dizer o que sinto. 6. Ter capacidade, conhecimento, para: Sabe explicar o fato, pois presenciou tudo. 7. Ter a certeza de coisa futura; [...]. 8. Poder explicar; compreender; [...]. 9. Reter na memória; decorar; [...]. 10. Perguntar, indagar [...]. 11. Conseguir, alcançar [...]. 12. Julgar, considerar; ter como [...]. 13. Ter conhecimento, informação, ciência ou notícia; estar informado [...]. 14. Perguntar, indagar [...]. 15. Ter sabor ou gosto [...]. 16. Ter conhecimento, erudição ou ciência; ser erudito. 17. Ter conhecimento, informação ou notícia de alguma coisa; [...]. Ter sabor; ser sábio [...]. 19. Erudição, sabedoria. 20. Prudência, tino, sensatez. 21. Experiência, prática. [...]. (FERREIRA, 1999, p. 1792).

Consideramos o saber como algo que acontece na experiência, nas relações entre sujeitos e entre esses e os objetos. Nesta perspectiva a prática profissional se representa como um espaço de produção de conhecimento, de saberes, a partir do momento em que estes são produzidos com o fazer profissional.

MOTA (2008) expressa a construção do saber como a relação entre o sujeito, seu conhecimento e uma dada realidade ou contexto. Para isso, definiu saber como o movimento do conhecimento em contato com determinado contexto, transcendendo o conhecimento já consolidado, reinventando-o, recriando-o e traduzindo-o de acordo com as circunstâncias observadas.

Outra questão importante a ser destacada é que cada profissional de saúde

possui em sua bagagem um conjunto de saberes que são chamados de saberes profissionais, sendo estes os que definem suas práticas e suas condutas frente aos mais diversos usuários. Vale ressaltar também a importância do diálogo destes saberes no dia a dia dos profissionais, de forma a desenvolver uma atenção dialógica entre os profissionais e os usuários, apontando assim para uma atenção mais integral.

O termo produção de saberes que será abordado nesta dissertação busca entender e operar além da lógica de produção de conhecimentos teóricos, pois os saberes são também produzidos através do diálogo entre a teoria e a prática. Quando os conhecimentos são aplicados nos serviços, estes podem produzir resultados diferentes dos esperados, pois o trabalho em saúde é complexo, está relacionado a contextos sociais específicos, vulnerabilidades regionais e tantos outros fatores influentes e que atuam sobre os resultados das intervenções em saúde.

2.2 A Organização da Atenção Primária a Saúde no Brasil

Conforme relatado anteriormente, a APS no Brasil tem como principal referência a Estratégia de Saúde da Família. Vale ressaltar que o Sistema Único de Saúde no Brasil se subdivide em níveis de atenção, sendo o básico ou primário, o secundário e o terciário.

A atenção primária à saúde se configura como o primeiro nível de atenção à saúde adotada pelo SUS, sendo este o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde, englobando um conjunto de ações tais como promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. Através do trabalho em equipe de forma participativa e democrática, atendendo a população de territórios delimitados, pelos quais assumem responsabilidade, tendo como objetivo, solucionar os problemas de saúde de maior frequência e relevância das populações.

A OMS em 1979 já discursava sobre a atenção primária conforme vemos

abaixo:

“Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente bem comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que tanto a comunidade como o país possa manter em cada estágio de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção a saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada a saúde. (OMS, 1979, pág. 3).”

A APS se inscreve na lógica de atenção a cuidados primários e é um recurso que tem como objetivo modificar a atenção a saúde dos serviços, no Brasil, através da ESF se busca reorganizar a rede assistencial à saúde, onde se modifique o foco da atenção à saúde da população para cuidados integrais a família e a comunidade, com foco em áreas adscritas, onde os profissionais de saúde se organizem e se responsabilizem pela população de seus territórios geográficos.

Vários são os princípios ordenadores da APS, segue abaixo identificado cada princípio com suas particularidades (Brasil, 2011):

- Formação de vínculo ao longo do tempo entre o paciente e os profissionais da atenção primária denominado de vínculo longitudinal;
- As Equipes de Saúde da Família representam a porta preferencial dos usuários dos serviços do SUS, devendo ser em sua grande maioria o primeiro local a ser buscado pelo mesmo.

- Garantir atenção aos usuários de todos os cuidados que necessitar favorecendo a integralidade;
- Eleger a família e o seu espaço social como núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde;
- Orientação Comunitária – Reconhecer os recursos que a comunidade dispõe para potencializar o cuidado ao indivíduo;
- A Coordenação – A equipe se responsabiliza pelo cuidado necessário ao usuário, seja ele feito na Unidade Básica ou em qualquer outro ponto de atenção;

Verifique na **Figura 1** a representação da organização do serviço de atenção primária no Brasil.

Figura 1: Valores, princípios e elementos de um modelo de saúde baseado na AP e do modelo de Saúde adotado pelo Brasil

SUS – BRASIL A SAÚDE DA FAMÍLIA	
<p>VALORES</p> <p>Expressam os valores dominantes em uma sociedade. São a âncora moral para as políticas e programas no interesse público.</p>	<ul style="list-style-type: none"> – UNIVERSALIDADE – EQÜIDADE – INTEGRALIDADE – PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL
<p>PRINCÍPIOS</p> <p>Provêm as bases para a legislação, os critérios para a avaliação, critérios para a alocação de recursos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> – TERRITORIALIZAÇÃO – INTERSETORIALIDADE – CARATER SUBSTITUTIVO (baseado na pessoa e não na doença) – EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS – BASEADO NAS NECESSIDADES E EXPECTATIVAS DAS POPULAÇÕES – VOLTADO PARA A QUALIDADE
<p>ATRIBUTOS (ou elementos ou características da APS)</p> <p>São a base estrutural e funcional do sistema de saúde. Permitem operacionalizar as políticas, os programas e os serviços.</p>	<p>Únicos da APS:</p> <ul style="list-style-type: none"> – PRIMEIRO CONTATO – INTEGRALIDADE – LONGITUDINALIDADE – COORDENAÇÃO <p>Derivados dos anteriores:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Enfoque na pessoa (não na doença) e na família – Valorização dos aspectos culturais – Orientado para a comunidade <p>Não únicos da APS, mas essenciais:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Registro adequado – Continuidade de pessoal – Comunicação – Qualidade clínica – Defesa da clientela (advocacia)

Fonte: Brasil (2007) sem alterações.

A formação das equipes que atuam na Estratégia de Saúde da Família é multiprofissional e composta por médicos, enfermeiros, cirurgiões-dentistas, auxiliar em saúde bucal ou técnico em saúde bucal, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, de acordo com sua modalidade, sendo possível acrescentar outros profissionais a critério da necessidade regional (BRASIL, 2011).

As equipes devem atuar em uma perspectiva interdisciplinar, articulando suas práticas e saberes no enfrentamento de cada situação identificada para propor soluções conjuntamente e intervir de maneira adequada.

Por trabalho multiprofissional, Peduzzi (2000) refere-se à recomposição de diferentes processos de trabalho que, concomitantemente devem flexibilizar a divisão do trabalho; preservar as diferenças técnicas entre os trabalhadores especializados; reduzir a desigualdade na valorização dos distintos trabalhos e respectivos agentes, bem como nos processos decisórios e tornarem consideração a interdependência dos trabalhos especializados no exercício da autonomia técnica, dada a necessidade de autonomia profissional para a qualidade da intervenção em saúde. Não é considerada uma tarefa fácil promover um trabalho de fato multiprofissional, no entanto, a forma como os processos de trabalho são articulados na ESF favorecem a construção coletiva de caminhos onde cada ente profissional com suas respectivas bases técnicas podem de fato produzir um trabalho integrado em busca das ideologias propostas para o SUS.

O trabalho multiprofissional e transdisciplinar das equipes deve ao mesmo tempo formar um novo campo de conhecimento e ação, através da troca de ideias e experiências pessoais e profissionais, como também respeitar as formações individuais ou especialidades de cada um de seus membros. Tal aspecto visa evitar indefinição de competências, na medida em que cada um tem suas responsabilidades profissionais e institucionais (MS, 2000).

Promover essa troca de experiências é algo complexo e um dos desafios para alcançar uma atenção integral aos usuários, se mostrando como um

importante instrumento de proposição de novas práticas e novas formas de atuar.

O conceito de saúde que permeia todo o desenvolvimento da ESF influi de forma decisiva na mudança da organização do processo de trabalho. A equipe da ESF assume o desafio da atenção continuada, resolutiva e fundamentada nos princípios da promoção da saúde, onde a ação intersetorial é considerada essencial para a melhora dos indicadores de saúde e de qualidade de vida da população acompanhada (BRASIL, 2003).

A forma como a ESF define o funcionamento da APS, difere das outras formas de atenção e atua de forma contra hegemônica no que diz respeito à organização dos processos de trabalho dos profissionais de saúde, trazendo à tona, profissionais como os agentes comunitários de saúde, que em muitas das vezes nem mesmo possui alguma formação em saúde, na busca de um maior alcance da realidade das famílias acompanhadas, atuando tanto na produção de elos entre saúde e comunidade, como também como importante agente na vigilância em saúde do território. O agente comunitário de saúde é tido como elo fundamental entre equipe e usuários pois trabalha diretamente com a população acompanhando-a e criando subsídios para obtenção de informações que serão transmitidas à equipe (Oliveira et. Al., 2006).

As equipes atuam com ações de prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade. A responsabilidade pelo acompanhamento das famílias coloca para as equipes saúde da família a necessidade de ultrapassar os limites classicamente definidos para a atenção básica no Brasil, especialmente no contexto do SUS. Além dessas ações vale salientar a discussão no campo da saúde para a promoção da saúde que tem recebido destaque nas instituições de saúde de todo o mundo.

Por promoção à saúde temos, a relacionada com as condições de saúde das populações, com a mudança do enfoque na doença para a saúde, buscando assim a integralidade das ações de saúde e a garantia do fortalecimento comunitário que é a participação ativa da comunidade, onde se implementem ações e recursos

existentes na comunidade e que possam intensificar a autoajuda e o apoio social necessários ao desenvolvimento de participação popular nas ações de saúde e o desenvolvimento de habilidades pessoas em todos os estágios da vida.

A ESF se configura também como ordenadora de toda a rede assistencial a saúde no SUS, sendo esta responsável pelos pacientes e uma das principais portas de entrada do usuário na rede, para isso é necessário que as equipes entendam a importância da atenção primária na reorganização dos serviços no SUS e um maior comprometimento dos profissionais com os seus usuários.

Neste sentido vemos um desafio para a organização dos serviços de saúde das nações e a ESF se apresenta como um importante dispositivo para a organização da lógica do SUS no Brasil.

2.3 Educação Permanente em Saúde no Brasil

A Educação Permanente foi difundida no Brasil através da UNESCO, no início dos anos 60, com forte colaboração de Pierre Furter. Através das publicações de seus livros *Educação e Vida* e *Educação e Reflexão*, a noção de Educação Permanente entrou na literatura brasileira. Sua principal utilização era para nortear a educação de jovens e adultos, sendo aceito o termo educação continuada como sinônimo (Arouca, 1996).

No que diz respeito ao uso da educação permanente no campo da saúde a mesma foi introduzida pela Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) na década de 1980 a partir da percepção do reduzido impacto dos programas de capacitação profissional e de atualização de conhecimentos (Educação Continuada), na resolução dos problemas da prática do trabalho e na qualidade dos serviços prestados na saúde (Vincent, 2007). Para a OPAS, a Educação Permanente em Saúde é uma estratégia dinâmica e eficaz para gerar novos modelos e processos de trabalho nos estabelecimentos de saúde. Tem como objetivo a reflexão e intervenção nos processos de trabalho, na melhoria da

qualidade dos serviços e nas condições de trabalho, sendo sintetizada pela OPAS como a educação no trabalho, para o trabalho e pelo trabalho (Miranda, 2002).

No Brasil, os termos Educação Continuada e Educação Permanente são utilizados por alguns autores como sinônimos, mas as diferenças conceituais são significativas e necessárias para o enfoque desta pesquisa. Conforme a Política Nacional de EPS de 2004, a Educação Continuada e a Educação Permanente têm diferenças significativas, como vemos na tabela 1 a seguir:

Quadro 1: Principais diferenças entre educação continuada e educação permanente segundo aspectos-chave.

	Educação Continuada	Educação Permanente
Pressuposto Pedagógico	O “conhecimento preside”/ define as práticas	As práticas são definidas por múltiplos fatores e a aprendizagem tem que fazer sentido aos sujeitos.
Objetivo Principal	Atualização de conhecimentos específicos	Transformação das práticas
Público	Profissionais específicos de acordo com os conhecimentos a trabalhar.	Equipes (de atenção, de gestão) de qualquer esfera do sistema.
Modus Operandi	Descendente a partir da leitura geral dos problemas, identificam-se temas e conteúdos a serem trabalhados com os profissionais, geralmente sob os formatos de cursos.	Ascendente, a partir, da análise coletiva do processo de trabalho, identificam-se os nós críticos enfrentados, possibilitando a construção de estratégias contextualizadas de resolução dos mesmos.

Atividades Educativas	<p>Cursos padronizados definidos centralmente. Produzidos de forma desarticulada em relação à gestão, à organização do sistema e ao controle social. As atividades educativas são pontuais, fragmentadas e esgotam-se em si mesmas.</p>	<p>Muitos problemas são resolvidos no momento. Quando necessária, as atividades educativas são desenvolvidas de forma ascendente, levando em consideração as necessidades específicas dos profissionais e equipes. São articuladas com as outras medidas para reorganização do sistema (atenção, gestão, educação e controle social), tanto com acompanhamento como com apoio técnico.</p>
-----------------------	---	--

Fonte: Brasil (2004). Com modificações.

O Ministério da Saúde (MS), ao definir a Educação Permanente em Saúde como uma política, buscava realizar um encontro entre o mundo do trabalho e o mundo da formação, em que tanto a formação como o desenvolvimento dos profissionais podem se dar de forma descentralizada, ascendente e transdisciplinar (BRASIL, 2004). A EPS é um conceito pedagógico que no setor de saúde é usado para efetuar relações orgânicas entre ensino, ações e serviços, e entre docência e atenção à saúde, sendo ampliado, na Reforma Sanitária Brasileira, para as relações entre formação e gestão setorial, desenvolvimento institucional e controle social em saúde (Brasil, 2009).

A educação permanente em saúde, enquanto conceito pedagógico busca romper com a perspectiva tradicional de ensino na educação superior que desconhece ou pouco utiliza as estratégias pedagógicas problematizadoras, construtivistas ou com protagonismo ativo dos estudantes (Ceccim, 2004). Na perspectiva da política de EPS de 2004, espera-se das práticas educativas uma aprendizagem significativa, que promove e produz sentidos, e sugere que a

transformação das práticas profissionais esteja baseada na reflexão crítica sobre as práticas reais, de profissionais reais, em ação na rede de serviços de saúde. (Brasil, 2004). A EPS propõe a transformação do profissional em sujeito, colocando-o no centro do processo ensino-aprendizagem. (MOTTA e RIBEIRO, 2005). Nesta perspectiva a EPS deveria se constituir a partir dos problemas enfrentados na realidade e levar em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm (Brasil, 2009).

2.3.1 A articulação da EPS na PNEPS

A PNEPS em sua primeira versão, de 2004, propunha que os processos de educação dos trabalhadores da saúde se fizessem a partir da problematização do processo de trabalho, e considerava que as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores fossem pautadas pelas necessidades de saúde das pessoas e populações (Brasil, 2004). Tinha como referencial a perspectiva freiriana de educação.

Para Freire (2003), com a problematização é possível identificar as situações-limites que se configuram como barreiras insuperáveis e em si, ter a atitude de compreender e transformar estas situações em um novo conteúdo da educação, para superá-las. O principal objetivo da problematização é o de dar rapidez à ultrapassagem da “consciência real” para a “consciência possível”, procurando o melhor caminho do profissional/estudante como sujeito do conhecimento no processo de sua aprendizagem.

Na esfera da formação dos profissionais de saúde, a proposta de utilização de metodologias de ensino-aprendizagem que se foquem na participação direta dos sujeitos e na promoção da autocrítica e da autonomia profissional pode alavancar esta discussão. As atuais Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) nos cursos de saúde expressam a importância desta perspectiva, com orientações para mudanças na formação dos profissionais de saúde, e uma perspectiva muito distinta do modelo tradicional de formação em saúde, organizado em disciplinas,

centrado no professor, com atividades práticas em cenário eminentemente hospitalar, marcado pela unidirecionalidade na relação professor estudante e pela fragmentação do corpo e da saúde das pessoas (Brant, 2005).

Com as DCN nos cursos da Saúde, espera-se uma formação em que o estudante conheça o Sistema Único de Saúde e entenda a saúde em sua complexidade, a fim de fortalecer o SUS e melhorar a qualidade do cuidado. Brant (2005) reforça a orientação geral das DCN ao relatar que a formação dos profissionais permite o domínio das mais variadas tecnologias, mas que acabam tendo pouco preparo para lidar com as dimensões subjetivas, sociais e culturais das pessoas, indo assim de encontro com o atual modelo de Saúde Pública vigente em nosso País.

No cotidiano do trabalho na ESF é presente a falta de integração entre as categorias profissionais e do diálogo sobre a produção do cuidado, configurando-se o processo de trabalho das equipes de forma negativa e diminuindo a qualidade do serviço prestado. No entanto, a ESF pode ser desenvolvida de forma coletiva entre os profissionais. Cada integrante tem sua atribuição para a promoção da saúde da população assistida. Isso nos aproxima do entendimento da importância do trabalho em equipe multiprofissional para promover a elaboração de projetos terapêuticos que de fato sejam significativos para a obtenção da qualidade da atenção em saúde da população. Para isso, a Política Nacional de EPS orienta a formação profissional para a atuação de forma multiprofissional a fim de produzir um conhecimento singular e ampliado a respeito da produção do cuidado (Brasil, 2004). Trata-se de um saber compartilhado onde o campo de trabalho é um espaço de produção de saberes ocorrendo através dos diálogos dos sujeitos que promovem o cuidado e a sociedade. No entanto, é importante entender a dificuldade desta perspectiva, quando relacionada a uma realidade em que nem sempre a forma como o cuidado está sendo prestado é de fato pensada pela equipe de trabalho.

Os diversos profissionais de saúde, apesar de suas especificidades de conhecimentos e de prática, desenvolvem parte de um trabalho coletivo que tem como produto a assistência de saúde a seres humanos que são totalidades

complexas. É possível analisar cada atividade realizada no campo da saúde caracterizando processos de trabalho específicos. Os seres humanos, objeto de trabalho da equipe de saúde, são essencialmente multidimensionais, mas esta dimensão não é apreendida na prática, pela equipe, quando o modelo de atenção é o biomédico (PIRES, 1998, p. 162).

A Educação Permanente em Saúde é um desafio necessário dadas as exigências cada vez mais complexas que se fazem no trabalho em saúde, para além da demanda por transmissão ou atualização de conhecimentos, mas para a consolidação de práticas voltadas à resolutividade dos problemas de saúde das populações locais (CECCIM, 2005).

Tais práticas devem estar arraigadas na lógica de ação-reflexão-ação do trabalho em ato, sendo assim possível através de um processo de trabalho contextualizado e da produção de saberes no cotidiano dos serviços.

A segunda versão da PNEPS criada em 2009 também elenca a problematização das práticas, ou seja, o autoexame das ações através da análise crítica tanto individual como coletiva dos profissionais de saúde. Por meio dessas análises do trabalho cotidiano, podem ser produzidos saberes no cotidiano dos serviços e de certa forma criados espaços de aprendizagem e de produção de autonomia aos profissionais.

Neste trabalho utilizamos o termo educação permanente em saúde enquanto lógica pedagógica e institucional para a reorganização do sistema de saúde, analisada como modeladora e propulsora dos processos de trabalhos das equipes de saúde da família. Tendo a ideia de que a sua utilização é recomendada desde a implantação do ainda então Programa de Saúde da Família no País.

Conforme a PEPS (2009) a Educação Permanente no Serviço é o enfoque educacional reconhecido como o mais apropriado para produzir as transformações nas práticas e nos contextos de trabalho, fortalecendo a reflexão na ação, o trabalho em equipes e a capacidade de gestão sobre os próprios processos locais. (BRASIL, 2009)

Através da leitura sistematizada das PEPS de 2004 e 2009 foi possível a

identificação de algumas características pertinentes à relação da produção de saber associada a práxis do trabalho na ESF. Abaixo, quadro base com alguns achados dessa leitura.

Quadro 2: Síntese da análise das PEPS de 2004 e 2009 com foco na produção do saber.

	EPS de 2004	EPS 2009
Definição de demandas de aprendizagem	Democracia Institucional, Autoanálise dos profissionais dos serviços na identificação das necessidades de aprendizagem.	Democracia Institucional, Autoanálise dos profissionais dos serviços na identificação das necessidades de aprendizagem.
Metodologias de Ensino-Aprendizagem	Metodologias ativas de ensino-aprendizagem. Foco na Problematização.	Problematização.
Pressuposto Pedagógico	Aprendizagem Significativa	Aprendizagem Organizacional

Fonte: Criado a partir da análise das PEPS de 2004 e 2009.

A partir da análise das PEPS de 2004 e 2009 foi possível identificar características das duas versões da Política que possuem correlação com a produção de saber e através das particularidades de ambas é possível perceber os caminhos e as vertentes pedagógicas que estão inseridas nelas o que favorece a discussão da organização dos serviços enquanto espaço de produção do saber.

A PEPS de 2004 orienta que a educação permanente em saúde é a aprendizagem no trabalho, e que aprender e ensinar sejam incorporados nos serviços. Para isso, a aprendizagem significativa é tida como propulsora,

considerando-se que o conhecimento é de fato significativo quando relacionado ao conhecimento prévio do aprendiz.

A PEPS de 2009 faz referência à lógica de aprendizagem organizacional. Senge (1998) afirma que a aprendizagem em grupo integra o processo de aprendizagem do indivíduo ao da organização. Sendo a aprendizagem em equipe vital, referindo às equipes enquanto unidade de aprendizagem fundamental nas organizações modernas.

Esta forma de entender a aprendizagem das organizações tendo como eixo central as equipes de trabalho é de grande valia para a análise da forma como as equipes se comportam dentro das instituições de saúde.

Ao contrário de algumas teorias que têm a aprendizagem como um processo individual, na aprendizagem organizacional existe a possibilidade de aprendizagem de forma integral, através do compartilhamento das informações e da sua aplicabilidade na coordenação de condutas de indivíduos distintos. Dentre a particularidades deste tipo de aprendizagem vale salientar a dificuldade de seu desenvolvimento em ambientes com fortes relações de poder.

Quadro 3: Níveis de Aprendizagem Organizacional:

NÍVEIS DE APRENDIZAGEM POR BATESON (1991)	
Nível 0	Repetição de Respostas.
Nível I	Extinção ou criação de novos hábitos pelo indivíduo ou grupo.
Nível II	Percepção sobre necessidade de mudanças de comportamentos, através da comparação da prática do trabalho com a de seus colegas.
Nível III	Capacidade do Indivíduo de interpretar os contextos que produzem ou permitem o surgimento de comportamentos que se deseja modificar.

Fonte: Produzido a partir da análise de Bateson (1991).

Conhecer os níveis de aprendizagem de uma organização se torna importante para o entendimento dos nós críticos para mudanças nos processos de trabalho dos profissionais de saúde e se torna uma importante contribuição da PNEPS em sua segunda versão no que diz respeito as práticas promotoras de EPS para os profissionais de saúde.

A perspectiva de Bateson (1991) ajuda a repensar os problemas da educação permanente dos profissionais de saúde, ao determinar que os níveis mais altos de aprendizagem dependem da postura da organização de se questionar valores fundamentais e a habilidade dos indivíduos de mudar a forma como compõem as organizações.

Entende-se então que ambas as PEPS demonstram uma lógica de que a forma como a aprendizagem acontece precisa ser repensada pelos profissionais, onde sejam de fato produzidos processos de reflexão das práticas de trabalho atrelada à mudança de postura dos mesmos frente aos interesses das instituições de saúde.

Em relação à recomendação metodológica das práticas de ensino nos serviços, a PEPS de 2004 faz referência direta ao uso das metodologias ativas de ensino-aprendizagem, definindo a problematização como opção a ser utilizada para as práticas de educação permanente em saúde.

Para facilitar o entendimento de metodologias ativas, Silberman (1996) afirma que os métodos ativos de aprendizagem devem ter aplicação prática conforme o seguinte esquema:

- O que eu ouço, eu esqueço;
- O que eu ouço e vejo, eu me lembro;
- O que eu ouço, vejo e pergunto ou discuto, eu começo a compreender;
- O que eu ouço, vejo, discuto e faço, eu aprendo desenvolvendo conhecimento e habilidade;
- O que eu ensino para alguém, eu aprendo com maestria.

Nessa lógica de Silberman, os métodos ativos de aprendizagem devem ter por base além do conhecimento transmitido dentro de salas de aula a utilização prática destes conhecimentos pelos alunos/profissionais.

Outra referência quanto à legitimidade do potencial educativo esperado para a ESF é que desde sua formulação um dos objetivos é a contribuição para a

democratização do conhecimento do processo saúde/doença, da organização dos serviços e da produção social da saúde. (BRASIL, 2000)

Vale salientar que a PNAB determina aos profissionais médicos e enfermeiros e auxiliares/técnicos de enfermagem a organização e execução de propostas de EPS no serviço.

Algumas possibilidades foram apontadas por MACHADO et. Al. (2012) no que tange às práticas de educação no processo de trabalho da ESF:

- No atendimento individual nas diferentes ofertas que a Unidade proporciona para a modalidade, seja no consultório ou no domicílio: consulta odontológica, médica e de enfermagem, seja ela compartilhada ou não com as equipes de apoio à Saúde da Família (NASF).
- No processo de territorialização, que deve por princípio ser dinâmico, reconhecendo as potencialidades desse espaço, identificando e formando parcerias, mobilizando e envolvendo a comunidade nesse processo;
- No acolhimento do usuário na Unidade, em que a forma de educação em saúde se dá na relação que o profissional de saúde estabelece e possibilita acontecer, permitindo que o usuário construa sua própria saúde, co-responsabilização e autonomia, admitindo suas necessidades e reconhecendo seus saberes, projetando para ele outros espaços de interação do serviço;
- Na vista domiciliar, instrumento essencial que permite conhecer os sujeitos em seus núcleos e organizações familiares, a educação permanente se faz imperativa, pois é nesse espaço, reconhecendo o contexto dos indivíduos em seu espaço particular de produção da vida, que reconhecemos também sua resiliência e seu protagonismo nas negociações e pactuações de saúde, respeitando sua autonomia;
- Nas reuniões de equipe, espaço de interação em que os membros da equipe democratizam saberes, constroem relações e se tornam protagonistas da organização do serviço, fortalecendo o trabalho em equipe como importante

ferramenta de aprendizagem no trabalho. A EPS deve permear esse momento como referência para a identificação de necessidades de desenvolvimento de seus componentes, como espaço de troca de saberes e de decisões, negociação e pactuação de ações voltadas para as necessidades de saúde da população. Nesses encontros que devem ser diários, a aprendizagem significativa se faz presente no planejar, compartilhar e monitorar o resultado do trabalho, avaliando as ações e projetando possibilidades para repensar caminhos a partir de novos conhecimentos e reconhecimentos;

- Nos espaços das reuniões de Conselhos de saúde ou com as lideranças comunitárias, considerando o princípio da participação social e do controle social, aspectos culturais e dos problemas que envolvem a coletividade, para viver e conviver com qualidade, estimulando a cidadania;
- Na interação profissional profissional: tendo como exemplo o processo de supervisão do enfermeiro, no qual a necessidade técnica se faz imperativa em práticas específicas e a abordagem a ser utilizada individual ou coletivamente é mais diretiva porém dialógica conforme recomenda a EPS.

Ambas as PEPS produzem a autonomia do profissional na identificação das necessidades de desenvolvimento de conhecimentos, democratizando o espaço do trabalho enquanto capaz de desenvolver uma formação contínua do profissional para além de cursos formalizados de aspecto descendentes. Promove a autogestão do trabalho quando reconhece que o trabalhador de saúde se configura como elo fundamental na organização dos serviços e a sua visão do trabalho desempenha um papel crucial nas propostas educativas para as instituições. Se inscrevem na lógica de aprendizagem com a identificação de problemas do cotidiano, onde os profissionais de saúde aprendem juntos, através da reorganização dos processos de trabalho desenvolvidos.

2.4 A Estratégia de Saúde da Família e a Educação Permanente em Saúde

A ESF enquanto política foi instituída com vista a contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população BRASIL (2000). Ainda nesta publicação pode-se perceber a preocupação do Ministério da Saúde em contribuir para a democratização do conhecimento do processo saúde/doença, da organização dos serviços e da produção social da saúde. Sendo a democratização do conhecimento um dos pressupostos básicos inerentes à proposta de EPS.

A EPS ao dialogar sobre a problematização da realidade do trabalho é considerada uma importante ferramenta para a gestão de coletivos e apresenta-se com um conceito e um fazer que se diferenciam dos processos de educação continuada, onde pode ser possível a promoção de espaço de autocrítica tanto individual dos profissionais de saúde como coletiva promovendo a democratização do saber nas organizações. (VASCONCELOS et. al., 2009).

Vale ressaltar que a formação do Programa de Saúde da Família já possuía em suas bases, na série cadernos de atenção básica em sua terceira publicação, a recomendação de que os profissionais da atenção primária devem ter o desenvolvimento de um programa de Educação Permanente que se implica na reflexão sobre a conjuntura e as contingências institucionais, sob o ponto de vista ético e político. Assim, deve ser concebido dentro das premissas básicas de ser um processo constante de promoção e desenvolvimento integral e contextualizado da equipe, centrando-se nas circunstâncias e problemas de seu processo de trabalho, de modo crítico e criativo. Em suma, saberes, habilidades e valores deverão ser apropriados pela equipe no contexto do trabalho, para que ela possa desempenhar suas atividades, de forma satisfatória para todos – profissionais e comunidade.

Ainda com base no Caderno de Atenção Básica, fica esquematizado que as propostas de educação permanente devem ser sistematizadas levando em

consideração o levantamento das necessidades da comunidade e dos profissionais, onde assim e que sejam elaborados objetivos de aprendizagem com seleção de conteúdo ou temas a serem abordados com definição de métodos e técnicas de ensino-aprendizagem de forma organizada; que seja também possível definir as atividades realizadas e uma execução contínua de avaliação dos processos e dos resultados. Nesta perspectiva, temos que a atenção primária no Brasil desde 2000 propõe que a educação permanente seja um norte das práticas educativas dos profissionais da ESF de forma a garantir uma maior qualidade da assistência a comunidade adscrita das equipes (Brasil, 2000).

Em 2013, a Política Nacional de Atenção Básica considera a consolidação e o aprimoramento da atenção básica como importante reorientação do modelo de atenção à saúde no Brasil, sinalizando para um saber e um fazer em educação permanente que sejam encarnados na prática concreta dos serviços de saúde. Assim, educação permanente deve ser constitutiva, portanto, da qualificação das práticas de cuidado, gestão e participação popular.

A Atenção Primária em Saúde no Brasil possui em suas diretrizes a busca pela transformação das práticas profissionais se apoiando na EPS para qualificar e reorganizar os processos de trabalho das Equipes de Saúde da Família. Onde se espera um diálogo com a organização territorial, pois o trabalho das equipes devem partir da compreensão das necessidades do território e da população sob a responsabilidade das equipes (Brasil, 2012).

Merhy defende uma maior reflexão do profissional de saúde em seu trabalho vivo em ato, para a própria autoanálise, e que é necessário do ponto de vista pedagógico abrir espaços relacionais para poder se falar e se implicar com isso. (Merhy, 2005)

3. ASPECTOS METODOLÓGICOS

3.1. Caracterização da Pesquisa

A pesquisa é de natureza qualitativa buscou com essa abordagem entender as relações entre o trabalho dos profissionais da ESF e a prática de Educação Permanente.

Para Minayo (2007), as metodologias qualitativas são capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, relações, estruturas sociais, sendo estas compreendidas como construções humanas significativas. Tudo isso, no intuito de interpretar os significados, sejam estes de natureza psicológica ou sociocultural trazidos pelos indivíduos no que dizem respeito aos múltiplos fenômenos inerentes ao processo saúde-doença (BOGDAN; BIKLEN, 1998 apud TURATO, 2005)

O estudo comportou as seguintes fases: análise documental, grupos focais, organização e sistematização de dados.

3.2. Cenário da Pesquisa e Sujeitos da Pesquisa

O Universo da pesquisa foram um total de 15 trabalhadores de saúde das 7 equipes de saúde da família que atuam no Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria (CSE), vinculado a Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. O CSE foi inaugurado em 1967 com a finalidade de atender prioritariamente a população moradora no Complexo de Manguinhos, no Município do Rio de Janeiro, onde está localizado, e ainda ser campo de ensino e pesquisa para ENSP/FIOCRUZ.

Esta unidade foi escolhida por pertencer ao Território Integrado de Atenção a saúde Manguinhos (Teias Manguinhos) que tem em seu projeto a educação como

eixo estruturante. Outro importante fator contribuinte para sua escola é a sua integração com a ENSP e de seu potencial de produção científica para esta equipe e ainda no período de 2009 a 2011 foram realizadas experiências de educação permanente nesta unidade com o apoio da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

Em 1985, reforçou suas atividades assistências na atenção primária em função de um convênio de cogestão com o antigo INAMPS. Com a criação do SUS, em 1988, o CSEGSF confirmou a sua inserção na rede de saúde como uma Unidade Básica de Saúde (UBS), exercendo ações de cuidado, ensino e pesquisa em conformidade com a vocação institucional.

Em 1999, participou do Projeto Promoção da Saúde em Ação, com a *Canadian Public Health Association*, possibilitando a ampliação das ações de educação em saúde, para o empoderamento individual e coletivo dos moradores locais, a criação de novas práticas de incentivo a reorientação do serviço, contando com a participação popular, inclusive com o estabelecimento de seu primeiro Conselho Gestor.

Em 2000, através de um primeiro convênio firmado com a Secretaria Municipal de Saúde/Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro, o CSE tem trabalhado com a Estratégia de Saúde da Família em suas instalações e fora dela.

Em 2009, o CSE, reafirma a parceria com a Secretaria Municipal de Saúde/Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. As equipes atuam no CSE e em parceria com este, através do Território Integrado de Atenção à Saúde (TEIAS-Escola Manguinhos). O TEIAS-Escola Manguinhos é uma iniciativa de cogestão da saúde na cidade do Rio de Janeiro celebrado entre a ENSP e a SMS/RJ (Carvalho, 2012). Tem em sua base os pressupostos do SUS e prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família, tendo como objetivo reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases, levando a saúde para mais perto da família para melhorar a qualidade de vida da população (CSE, 2013).

Com a responsabilidade sanitária do complexo de Manguinhos o Teias-

Escola-Manguinhos oferta cuidado de saúde por meio de duas unidades: A Clínica da Família Victor Valla e o CSE Manguinhos ampliando de 8 para treze equipes de Saúde da família e perfazendo um total de 100% da cobertura do território (Carvalho,2012).

Atualmente o CSE integra 7 equipes da Estratégia Saúde da Família. São elas:

- Equipe Parque Oswaldo Cruz;
- Equipe Parque Carlos Chagas;
- Equipe Parque João Goulart;
- Equipe Parque Amorim / Monsenhor Brito;
- Equipe Vila Turismo;
- Equipe Nova Vila Turismo;
- Equipe Comunidade Agrícola de Higienópolis / Vila São Pedro.

Segue no Anexo 2, o mapa com as divisões de áreas adscritas das equipes da ESF do CSE. A área adscrita das equipes é o território onde cada equipe deve atuar de forma a garantir o cuidado das famílias que residem nelas.

Os profissionais que participaram da pesquisa foram médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde que integram as equipes supracitadas.

Além das equipes de Saúde da Família, o CSE conta também com uma equipe multiprofissional composta por diversas especialidades tais como Dermatologia; Estomaterapia; Fonoaudiologia; Geriatria; Homeopatia; Nutrição; Pediatria; Psicologia; Psiquiatria; Serviço Social. Os profissionais da equipe multiprofissional realizam consultas individuais, atividades em grupos, apoio diagnóstico terapêutico e atividades na comunidade.

O CSE dispõe de serviços de apoio ao diagnóstico, tais como: Laboratório de Diagnóstico, Ensino e Pesquisa; Eletrocardiograma e ultrassonografia. Além destes serviços o Centro de saúde dispõe de: Farmácia com dispensação orientada de medicamentos; Sala de tratamento de lesões; Sala de esterilização; Sala de

imunização; Sala de amamentação; e Sala e observação clínica pediátrica e de adultos.

Em fevereiro de 2012 o CSE, conquistou Acreditação Internacional conferida pelo Consorcio Brasileiro de Acreditação, que aplica a metodologia da organização estadunidense Joint Commition International. O CSE foi a primeira unidade de atenção primária das Américas a receber a Acreditação.

O CSE está localizado na área programática 3.1, na Zona Norte do Município do Rio de Janeiro.

Uma das particularidades marcantes no CSE onde foi feita a pesquisa é que este está vinculado à Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), espaço institucional de ensino e pesquisa do Ministério da Saúde.

Essa vinculação junto a uma Escola de Saúde Pública Nacional a proporciona algumas particularidades, uma delas é que dentro da organização de turnos de trabalho tanto para toda unidade como para as equipes de saúde da família é a de que um turno por semana toda a unidade se encontra para práticas de EPS. Neste espaço instituído pela Gestão do CSE Manguinhos ocorrem frequentes participações de alunos de mestrados, doutorados e outros pesquisadores apresentando suas pesquisas e projetos. Outra característica desta unidade é a presença de residentes tanto do nível nacional como também de níveis internacionais como estudantes.

A frequência destas atividades nas rotinas dos profissionais, aproxima destes profissionais a ideia central da EPS conforme Brasil (2009) que é a de promover práticas educativas dentro de uma estratégia global de transformação das práticas e de contextualização do trabalho como campo de ensino.

Pelos motivos apresentados acima associados ao quadrilátero da formação apontado por Ceccin (2010) onde este relata que a EPS deve buscar articular profissionais de saúde, da gestão dos serviços, unidades de ensino e os serviços de participação social na elaboração e pactuação das propostas educativas para a formação permanente dos profissionais para o SUS, este CSE foi escolhido como espaço para o desenvolvimento da minha pesquisa.

3.3. Estratégia de Coleta de Dados

Foram realizados 3 (três) grupos focais, perfazendo um total de 15 participantes, compostos por integrantes das equipes da ESF do CSE e formados por cada uma das diferentes categorias profissionais: um grupo formado apenas por médicos (04 participantes); outro por enfermeiros (05 participantes) e um terceiro por agentes comunitários de saúde (06 participantes). Buscou-se assim melhor entender na realidade do trabalho o desenrolar das práticas de EPS. Os grupos foram formados de acordo com a viabilidade das agendas dos profissionais.

Os grupos focais foram realizados por categorias profissionais, buscando entender suas percepções, as particularidades e as necessidades educacionais específicas para o desempenho de suas atividades. Nesta pesquisa, buscou-se discutir a EPS através das percepções dos enfermeiros, médicos e agentes comunitários de saúde, tendo como referência a dinâmica do uso da Educação Permanente nas equipes da Estratégia Saúde da Família.

O grupo focal (GF) se justifica pela sua capacidade de promover a reflexão sobre o assunto discutido e assim se torna possível a geração de novas concepções e a análise e problematização de uma ideia em profundidade (Backes, 2011).

Para Perosa e Pedro (2009), o Grupo Focal é uma forma de coleta de dados diretamente por meio da fala de um grupo, que relata suas experiências e percepções em torno de um tema. Desse modo, o GF é uma técnica para a exploração de um tema pouco conhecido, visando o delineamento de pesquisas futuras e a produção de sentido e significados sobre determinado tema, pois sua orientação está voltada para a geração de hipóteses, e desenvolvimento de modelos e teorias.

Para Ashidamini e Saupe (2004) o propósito do GF consiste na interação entre os participantes e pesquisador para a coleta de dados, a partir da discussão com foco em tópicos específicos e diretivos, assim os GF têm sido largamente utilizados por vários profissionais no desenvolvimento de pesquisas em saúde,

educação em saúde, implementação e avaliação de programas, entre outras aplicações.

Para a realização do grupo focal, foi utilizada a orientação de Patton (2002) no sentido da formação de um pequeno grupo de pessoas para discutir um tópico específico. O roteiro prévio para a realização do grupo focal encontra-se no apêndice 1.

Os GF foram realizados baseados no roteiro proposto no (Apêndice 1). A princípio os GF tinham por base um quantitativo máximo de 7 participantes em cada um. No entanto, devido a agenda destes profissionais e outros fatores, os três grupos ficaram com as seguintes composições: GF de enfermeiros – 5 participantes, GF de ACS – 6 participantes e GF de médicos – 4 participantes.

Estes foram realizados em dias diferentes a fim de respeitar a agenda dos participantes e a organização do trabalho do CSE, dentro das particularidades encontradas na organização do CSE. Para isso ficou programada a realização de tais grupos nas quinta-feira à tarde período este onde as equipes não possuíam agenda pois neste dia ocorre na unidade reuniões de educação permanente em saúde com todos os profissionais.

Para a documentação dos dados do GF foi feita gravação do áudio e elaborado um diário para anotações. O áudio foi transcrito e posteriormente analisado.

Estes Grupos Focais tiveram o objetivo de discutir as questões gerais que orientaram esta pesquisa:

- Como se dá a identificação de necessidade de aprendizagem por parte dos trabalhadores da ESF?
- As práticas de EPS são vistas como espaço de produção de saber?
- As equipes de saúde identificam a EPS como ferramenta de análise e produção do saber local e contextualizado?
- O conhecimento produzido e sistematizado é incorporado à rede de conhecimento das equipes?

- De que forma a EPS vem sendo implementada no cotidiano da ESF?
- A Educação Permanente em Saúde é de fato um espaço de produção de saberes na Estratégia de Saúde da Família?

3.4. Análise dos Dados

Foi realizada uma análise de conteúdo temática de todo o corpus de textos da pesquisa: textos oficiais, tais como as duas versões da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (2004 e 2009); produções teóricas relacionadas à prática de educação permanente em saúde, como artigos, dissertações e teses, assim como o conteúdo das transcrições dos grupos focais.

De acordo com Bardin (2009), a análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de investigação que, através de uma descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto das comunicações, tem por finalidade a interpretação destas mesmas comunicações.

Para atingir mais precisamente os significados manifestos e latentes trazidos pelos sujeitos, foi utilizada a análise de conteúdo temática, pois esta é uma forma que atende à investigação qualitativa do material da pesquisa referente à saúde. A noção de tema refere-se a uma afirmação a respeito de determinado assunto. Ainda conforme esta perspectiva, tema é a unidade de significação que naturalmente emerge de um texto analisado, respeitando os critérios relativos à teoria que serve de guia para esta leitura. Sendo assim a análise de conteúdo temática consistiu em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado (BARDIN, 2009; MINAYO, 2007).

Esse conjunto de textos foi organizado em blocos temáticos, com a extração de categorias empíricas, e interpretado a partir do referencial teórico proposto para a pesquisa. Foram também encontradas novas categorias e subcategorias de análise durante a elaboração dos grupos focais e na análise da interpretação dos

dados produzidos pela pesquisa.

3.5 Aspectos Éticos

Por se tratar de uma pesquisa que envolvia seres humanos, algumas exigências éticas foram necessárias para a sua realização, por isso foi realizada a submissão e a aprovação desta pesquisa nos Comitês de Ética da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca e da Secretaria Municipal de Saúde do Município do Rio de Janeiro (SMSRJ), o parecer do CEP se encontra no anexo 2.

Aos profissionais de saúde foi apresentado o objeto, objetivos e relevância da participação dos mesmos na colaboração na formulação desta dissertação e aos que concordaram em participar da pesquisa foi solicitado assinatura do Termo de Consentimento Livre e esclarecido (Anexo 1), neste se encontravam todas as informações relacionadas a sua participação neste trabalho, enfatizando que a pesquisa era voluntário e que a qualquer momento estava assegurado o seu direito de desistência assim como todos os direitos resguardados pela Resolução nº 196, de 10 de Outubro de 1996 (Diretrizes e Normas Reguladoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos) do Ministério da Saúde.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Análise dos Grupos Focais

Os Grupos Focais foram importantes instrumentos na identificação da EPS enquanto espaço de produção de saberes para os profissionais da ESF, no entanto, estes profissionais identificaram algumas características que devem ser levadas em consideração para que isso seja uma realidade para o serviço.

Nesta perspectiva aparece nas falas dos sujeitos uma necessidade de aproximar as práticas educativas para dentro do contexto real dos profissionais a fim de alcançar através da EPS uma promoção de saberes no cotidiano do trabalho, esta aproximação entre educação e realidade também é discutida nas duas versões da PEPS.

“Eu acho que sim desde que esteja na realidade do profissional, não adianta numa área com hanseníase e tuberculose, você vir falar de síndrome não sei do quê, que não aparece muito aqui, eles precisam saber da realidade deles.”
Med. 2

“Eu acho importante quando há um planejamento desse encontro né de todo um levantamento dos profissionais, do que esta emergindo de necessidades naquele momento e acho que é interessante quando os profissionais levantam o tema e é acatado e se toma a decisão de estar conversando sobre isso é sempre bom, isso é legal, a gente está sugerindo discutir sobre aquele assunto e ali é, modifica um pouco o planejamento mais são imprevistos, são coisas que são incorporadas.” Enf. 5

“Trazendo pra nossa realidade, às vezes é um assunto que é colocado muito e não chega à nossa realidade, então adequar o que a gente aprende trazendo pra dentro dos limites da nossa

realidade.” Enf. 3

Ceccin (2004) indica que a EPS deve ser sensível à realidade mutável e mutante das ações e dos serviços de saúde, em que os profissionais são afetados pela realidade em que estão inseridos, e deve fazer uso de uma concepção construtivista de educação, onde a interação e a problematização das práticas e dos saberes direciona as ações em saúde.

Sarreta (2009) acrescenta que a educação na saúde, nessa perspectiva apresentada, inserida no processo de trabalho, torna-se instrumento que pode contribuir para transformar a realidade brasileira e a própria saúde, onde o processo de trabalho torne-se um processo educativo, favorecendo a aprendizagem e potencializando a capacidade de realização dos sujeitos de compreensão e análise do próprio trabalho a partir das vivências experimentadas no cotidiano.

A OMS ao dissertar sobre as práticas educativas para a saúde, diz que as aprendizagens baseadas em problemas, com maior ênfase no “saber como” do que no “saber tudo” tem tido resultado na satisfação dos sujeitos envolvidos e em experiências positivas. As avaliações desse método de aprendizado baseado em problemas, valorizado pela OMS (2007, p.49), “[...] promove a competência ensinando os estudantes como integrar e aplicar conhecimentos em cenários de prática, aprender com modelos de comportamento e experimentar abordagens interdisciplinares e em equipe à prestação de serviços de saúde”.

Foi verificado um espaço instituído pela gestão do serviço para a realização de encontros de Educação Permanente em Saúde todas as quintas-feiras no período da tarde de 13:00hs às 17:00hs, onde todos os profissionais da unidade se encontram a fim de promoverem um espaço de aprendizagem e troca de saberes. Este mesmo espaço em alguns momentos é utilizado para a discussão de casos clínicos, apresentação de projetos realizados por mestrandos e outros pesquisadores, apresentação e discussão de protocolos, capacitações e etc.

Conforme os participantes da pesquisa, estas reuniões poderiam ser melhor aproveitadas. Uma questão importante indicada por eles foi a necessidade de aproximação das atividades realizadas no espaço de EP com a realidade em que os

profissionais estão inseridos. Vemos abaixo algumas afirmações dos profissionais:

“... As vezes existem coisas muito mais necessárias para serem tratadas e aí vem o pesquisador apresentar uma pesquisa, sobre uma coisa muito técnica, do doutorado que fez não sei lá aonde, então assim, as pessoas reclamam de ficar a tarde toda ali assistindo, sem nenhum interesse...” ENF 3

“... já é tensa essa relação entre gestão e profissional da ponta, que a gestão diz que a Educação Permanente seja discutida tal coisa, porque a gestão viu que esse era um problema e o profissional diz que não é isso, o problema é outro... então ai acho que empata um pouco o processo de mudança.” ENF 4

“Se levassem esses temas para serem feitos na reunião de equipe, seria melhor do que colocar todo mundo junto ali, porque muitos assuntos que a gente fica ali escutando certamente não seriam temas dentro de uma reunião de equipe, seria bem mais...” ACS 1

“ ... como a maioria como tá acontecendo aí, é um trabalho que vem alguém apresentar que fez um Doutorado ou que fez um mestrado, alguma coisa assim.” ACS 2

“Então é uma coisa que não tem a ver com o nosso trabalho, são coisas que é pro médico, coisas que a gente ainda não entende, que não é ali do nosso trabalho específico.” ACS 4

“Acho que a gente poderia explorar mais, mais a gente não é questionado nesse sentido, quais são nossas demandas, quais são nossas necessidades. Os temas são estipulados e a gente vai ...” MED 3

“... e nós vamos lá já com o tema proposto e ninguém

pergunta está bom para vocês, é isso que vocês querem, é isso que vocês precisam?" MED 1

A organização das reuniões de educação permanente não consegue alcançar as necessidades dos profissionais segundo as falas dos sujeitos acima; estes percebem que este espaço poderia ser melhor aproveitado para a realização de EPS para o serviço, focado em questões mais próximas da realidade do profissional e das suas demandas de trabalho. Outro fator importante a ser salientado no discurso acima é a realização de algumas atividades nas reuniões de EPS de forma descontextualizada, tais como a apresentação de resultados de pesquisas de doutores e mestres sem correlação direta com o trabalho dos profissionais. Deve-se considerar que este serviço em que foi desenvolvido o estudo está vinculado a uma unidade acadêmica, que tem como missão o ensino e a pesquisa em serviço onde a valorização do conhecimento teórico se apresenta em contra-regra as necessidades dos profissionais.

De acordo com Stroschein e Zocche (2011), quando a reflexão das práticas do trabalho em equipe nos serviços de saúde permanece na condição de segundo plano ou nem acontece, ou seja, a educação permanente não é contemplada, há espaço para a reprodução de práticas de cuidado e formas de pensar individuais engessadas. Stroschein e Zocche (2011) apontam ainda que é necessário que os profissionais da saúde reservem um espaço para observar a realidade em que estão inseridos, para elencar os problemas das situações de trabalho, bem como possíveis estratégias educacionais de enfrentamento, relacionando a teoria com a prática.

A autoanálise segundo Stroschein e Zocche (2011) é essencial para que as transformações nas práticas profissionais ocorram. Não existe educação permanente sem autoanálise, de forma contínua. A autoanálise não é somente a individual, mas também a do coletivo, pois é necessário o reconhecimento do que mudar, do que continuar, do que recriar. Para isso se faz necessário uma reflexão contínua dos processos de trabalho das equipes.

Conforme Zocche et al (2011), a problematização é um facilitador da

transformação social, fazendo com que os atores envolvidos catalisem o seu olhar de integralidade, de gestão, de educação, de assistência com ética e política, de pesquisa, de inclusão social e de direitos humanos.

Processos de trabalho que desenvolvem a melhoria do cuidado estão em algumas situações discutida associada ao trabalho coletivo de equipes multiprofissionais. O trabalho multiprofissional é inscrito por Peduzzi (1998) como uma modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as intervenções técnicas e a interação dos agentes envolvidos. Nesta perspectiva, a comunicação seria um importante instrumento de negociação para a articulação das ações multiprofissionais. A EPS conforme, os relatos abaixo, é capaz de promover saberes para os profissionais tanto do ponto de vista individual como também do trabalho coletivo.

“É um crescimento né, quando você acha interessante aquele assunto né, porque você pode pensar discutir, levar a quem é de direito aquele assunto, mas é uma forma de você pensar, de você interagir né, trabalhar junto.” Enf. 3

“É também para qualificar o trabalho coletivo, porque a gente tem um contato maior com o nosso colega de trabalho, cada um trabalha de uma forma, a gente não uniformiza aqui dentro da unidade, mas é um falando da experiência do outro até ajuda e enriquece o trabalho do outro. Então eu acho que isso é uma coisa que só tem a acrescentar no profissional.” Enf. 3

Ferreira et. al. (2009) discutem que para a ocorrência de um trabalho multiprofissional de qualidade é necessário que os profissionais de saúde atuem de forma transdisciplinar, ou seja, uma equipe será transdisciplinar quando sua reunião congregar diversos profissionais com o intuito de uma cooperação entre eles, se ajudando reciprocamente em suas dificuldades.

A prática multiprofissional ocasiona transformações no trabalho coletivo, pois no cotidiano do agir profissional em equipe os indivíduos acumulam a possibilidade de recompor suas práticas profissionais especializadas, construindo formas de intervenção ampliadas (Salvador et. al. 2011).

Sarreta (2009) acrescenta que a EPS deve ter como objetivo central a transformação do processo de trabalho, orientando-o para uma constante melhoria da qualidade das ações e serviços de saúde. Assim, a produção de conhecimentos em saúde caracteriza-se como um processo gerado no trabalho fundamentalmente participativo, já que resulta de diferentes e complementares experiências entre a equipe de saúde e a comunidade. Esse trabalho participativo precisa ser pensado e feito pelos profissionais de forma colaborativa, onde os saberes se entrelacem e alcancem intervenções criadas por todos através da fusão dos mais diversos saberes profissionais.

FEUERWERKER, SENA-CHOMPRÉ, (1999) apresentam o trabalho multiprofissional com a capacidade de interação entre vários conhecimentos técnicos e específicos. Por meio dessa relação resultam soluções ou propostas de intervenção, as quais não poderiam ser produzidas por nenhum profissional de forma isolada, é fruto da cooperação de diversos indivíduos portadores de diferentes saberes.

Essa discussão sobre trabalho multiprofissional engloba as intervenções dos profissionais que atuam tendo a problematização das práticas como eixo norteador das suas ações em saúde e é o que se apresenta como resultado nas falas dos profissionais.

Outro importante achado nos grupos focais foi a reunião de equipe enquanto espaço onde é possível a produção de saberes, conforme vemos nos discursos abaixo:

“... a gente trazia demandas para a equipe, a gente tinha que escolher um caso problema pra ser discutido na reunião de equipe... Nesse modelo era muito bom... Ai cada pessoa dava a sugestão, comentários, era uma coisa bem coletiva, bem mais interessante” Med 1.

“Teve uma época que as reuniões eram diferentes ...Pegava o caso, fazia o genograma da família, ai cada equipe dava a sugestão, comentário, era uma coisa bem coletiva, bem mais

interessante.” MED 2

“Por isso as discussões de casos são interessantes, porque elas emergem né, elas trazem solução para a aflição do dia a dia.”

Enf 4

“E a reunião de equipe é mais produtiva porque é a nossa realidade. Nós agentes comunitários é que trazemos os casos da comunidade para ser discutido na reunião, então é bem a nossa realidade é nossa prática”. ACS 3.

“Eu, na minha equipe, tem até a gente fala o plano terapêutico singular. Em cada família a gente sabe que vai ter que agir diferente, e cada pessoa a gente vai ter que arrumar. As vezes por exemplo: o problema é parecido com o dela mais a gente as vezes não vai poder trabalhar o mesmo caso com ela.” ACS 1

Importante ressaltar nesse momento, que ocorreu na unidade pesquisada uma reorganização da gestão das reuniões de educação permanente que aconteceu entre 2009 até 2011 as reuniões eram baseadas nas discussões de casos, onde através de situações reais do cotidiano da equipe as propostas de capacitação eram realizadas. Na atual lógica, grande parte das intervenções educativas são produzidas levando em consideração as necessidades da gestão do serviço, o que em algumas ocasiões não se configura como uma necessidade percebida pelas equipes.

Segundo os sujeitos da pesquisa a reunião de equipe se apresenta como um importante espaço de produção de saberes, onde é mais comum para a equipe a significação do cuidado em saúde, onde as necessidades da equipe são discutidas e os profissionais conseguem interagir e aprender junto com as experiências de cada um.

Assim, a reunião de equipe é um espaço onde o contexto do trabalho dos profissionais é discutido e analisado, sendo por eles entendido como mais proveitoso para a prática. As reuniões de equipe, no cotidiano de trabalho, são importantes dispositivos para a estruturação, organização, informação, estabelecimento de

diretrizes e espaço de tomada de decisões. É nesses momentos de encontro dos profissionais que emergem suas especificidades enquanto sujeitos de diferentes contextos que precisam se relacionar (GRANDO et al, 2010). O mesmo autor destaca a importância das reuniões de equipe, na ESF, enquanto espaços de diálogo, expressão de opiniões, construção de projetos e planos de atendimentos coletivos para a efetiva construção do trabalho em equipe. Afirmando desse modo que as reuniões de equipe podem ser importantes dispositivos para a reorganização do trabalho, por meio de discussão de casos em uma perspectiva interdisciplinar com o desenvolvimento de atividades em educação permanente e avaliação sistemática do cotidiano da equipe (GRANDO et. al., 2010).

Conforme SANTA CRUZ et. al. (2008) a reunião de equipe deve ser uma possibilidade de encontro entre as pessoas para compartilhar o conhecimento (formal e informal) com o intuito de construir a partir disso uma estratégia de intervenção capaz de alterar uma dada realidade. A partir desse compartilhar, os saberes se misturam se incorporando no saber da equipe que o constituiu.

Neste espaço, podem ser observadas várias estratégias de resolução de problemas, conforme referido pelos participantes da pesquisa; sendo apontada a discussão de caso ou projeto terapêutico singular como instrumentos possíveis para a resolução de problemas encontrados no cotidiano.

O Projeto Terapêutico Singular pode ser entendido como um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, portanto, é a reunião de toda a equipe em que todas as opiniões são importantes para ajudar a entender o Sujeito com alguma demanda de cuidado em saúde e, conseqüentemente, para definição de propostas de ações (Brasil, 2007). A elaboração de PTS ajuda a equipe no trabalho multiprofissional e a integrar o cuidado de forma a melhor atender as demandas geradas nos serviços, rompendo com a fragmentação da assistência e potencializando as ações em saúde. Em via de regra se recomenda que estes sejam feitos em casos mais graves percebidos pela equipe no contexto do trabalho. Neste tipo de proposta de intervenção, recomenda-

se a abordagem ao usuário ou família através de uma clínica ampliada onde estes sejam vistos em sua singularidade. (Brasil, 2007).

OLIVEIRA (2007) reforça o PTS como um arranjo operador e gestor de cuidado, cooperação e compartilhamento de saberes centrados nas necessidades usuário, “sendo assim o encontro de desejos, projetos, ideologias, interesse, visão de mundo e subjetividade”.

Sendo assim, a reunião de equipe é uma importante forma de articulação de várias instâncias de saberes, conforme as falas acima, pois através dos encontros dos profissionais nas reuniões é possível a articulação transdisciplinar promovendo planos de intervenção relacionados aos problemas das práticas de trabalho.

Além da reunião de equipe e das reuniões de educação permanente enquanto espaço formalizado para a promoção do saber para os profissionais foi percebido também que segundo os profissionais a EPS pode e deve ser vista em todo o processo de trabalho, sendo citados alguns espaços informais onde ocorre a construção de saberes para os mesmos.

“A comunidade, ali no dia a dia a gente vai aprendendo com eles no sentido de tentar ajudar e eles também aprendendo com a gente.” ACS 2

“Bobo é quem acha que não aprende com a comunidade. Aprende muito. Todo dia tem uma coisa diferente que a gente vai aprendendo lá.” ACS 4

Existem espaços informais onde ocorre a produção de aprendizagem segundo os relatos acima dos profissionais, que vão além dos modelos preconcebidos pela lógica de transferência do conhecimento, onde é tido como algo dinâmico e que acontece no dia a dia do profissional de forma ascendente. Esta particularidade de entender que os processos de aprendizagem acontecem a partir do processo de trabalho e da troca com os usuários é uma vertente da Educação Permanente em Saúde, sendo a organização das equipes da estratégia de saúde da família uma importante aliada para sua ocorrência, através da maior aproximação do profissional dos serviços com o cotidiano dos usuários e da sua dinâmica relacional.

No entanto, para que tais atividades ocorram no processo de trabalho dos profissionais é importante que o profissional entenda seu contexto de trabalho e construa cadeias de produção de cuidado com seus usuários pautadas na vertente de que é necessário o entendimento das necessidades da comunidade e das famílias sobre a sua responsabilidade.

Para isso, entender a subjetividade das famílias e dos usuários sobre a nossa responsabilidade é um fator importante na produção de cuidados contextualizados, valendo lembrar que subjetividade neste texto é tida como algo dinâmico, que muda de acordo com as experiências de cada um e é afetada pelos valores e cultura que a pessoa vai internalizando ao longo da vida e do tempo, sendo produzida socialmente e nunca se completa.

Neste contexto o trabalho se representa como um ambiente de aprendizagem onde a subjetividade do profissional a todo tempo é afetada e afeta nas produções de vínculos do trabalho. Sendo essa interação da prática uma das mais importantes aliadas nos processos de produção do saber.

A reflexão do trabalho em saúde no cotidiano do serviço deve ser estimulada pela instituição com o intuito de promover uma maior interação entre o profissional e sua prática, provocando no mesmo, uma maior contextualização do seu conhecimento teórico com sua realidade. Partindo deste princípio, as práticas de trabalho vão além do uso de conhecimentos prescritivos, para a promoção do saber que é a integração do conhecimento teórico com as realidades encontradas.

A partir da identificação dos problemas no serviço também é possível identificar que a própria atuação multiprofissional para resolver aquele problema é um espaço de produção de saber até mesmo para além de espaços formais tal como nas reuniões e sim no próprio processo de trabalho no momento do encontro do problema, conforme as falas abaixo:

“... não é EPS só quando tem reunião de equipe ou na quinta - feira a tarde quando se reúnem, mas sim a partir de um problema quando se reúnem profissionais ao redor daquele problema, para ter uma reflexão, ali é há uma produção de

conhecimento ...” ENF 4

“Nosso próprio cotidiano é uma Educação Permanente né, por tudo o que a gente passa, ... que a gente coloca em prática tudo que a gente aprendeu e mais alguma coisa que a gente aprende com a prática né, a vivência mesmo do trabalho.” ENF 2

Quintana et al (1994) defende que fica mais uma vez a ideia da predominância do valor do atributo conhecimento em detrimento do exercício de análise das condições concretas do processo do trabalho, que aponta à necessidade de intervenções múltiplas e criativas. Práticas de trabalho pautadas pela EPS devem ter em suas bases uma análise das demandas dos serviços que ocorra de forma ascendente visando a promoção do saber atrelada as necessidades de enfrentamentos dos profissionais e gestores de forma pactuada.

A reflexão da prática profissional no trabalho é um dos pilares da EPS, e conforme Luz (2010) relata, esta reflexão se configura para a melhora da qualidade da assistência e proporciona uma maior interação entre a equipe, sendo possível com isso uma melhor aquisição, enriquecimento e manutenção dos conhecimentos.

De acordo com Stroschein e Zocche (2011), quando a reflexão das práticas do trabalho em equipe nos serviços de saúde permanece na condição de segundo plano ou nem acontece, ou seja, a educação permanente não é contemplada, há espaço para a reprodução de práticas de cuidado e formas de pensar individuais engessadas. Stroschein e Zocche (2011) apontam ainda que é necessário que os profissionais da saúde reservem um espaço para observar a realidade em que estão inseridos, para elencar os problemas das situações de trabalho, bem como possíveis estratégias educacionais de enfrentamento, relacionando a teoria com a prática.

Esse contato multiprofissional na resolução de problemas do cotidiano é um importante momento de obtenção de novas formas de atuação onde é possível ressignificar o cuidado em saúde de forma a garantir um atendimento mais holístico para os usuários, favorecendo a qualidade da assistência à saúde e a organização do serviço, onde os profissionais atuem de forma transdisciplinar evitando a

fragmentação do cuidado.

Os sujeitos da pesquisa ao serem questionados sobre as mudanças nas práticas com a introdução da EPS reconheceram a qualificação profissional como um importante achado. No entanto, para cada categoria é possível elencar através das falas dos sujeitos algumas particularidades discutidas abaixo.

– Qualificação enquanto espaço para reciclagem ou atualização de conhecimentos;

“Eu acho que a Educação Permanente ajuda até a dá uma reciclada na hora do atendimento, né, ... detalhes que às vezes a gente deixa passar despercebido, ... na hora que você pega um paciente com aquela patologia, fica bem mais claro, relembra algumas coisas.” Med. 2

“Nós já tivemos aqui educações que foram muito interessantes, hanseníase, isso pra mim foi uma qualificação mesmo porque a gente não tem quase experiência nessa área mais eu sinto que ficam algumas brechas que poderiam ser mais exploradas nesse sentido.” Med. 4

“... a Med. Z é pediatra. Med. Z sei lá, você fala hoje sobre o cartão de vacina, vamos falar sobre a atualização do cartão vacinal e a gente busca dentro da reunião de equipe, um tema dentro do conhecimento a mais que cada um trás dentro da sua bagagem ...” Med. 2

“... a gente tinha Educação Permanente mais intensiva assim por temáticas e a gente ia assim para fora e passava uma semana, dois dias falando sobre aquele tema : gravidez, saúde da criança e a gente saía um pouco da rotina, saia um pouco do nosso trabalho ... eu vejo que aqui tem pouco isso né, é pouco ofertado” Enf. 5

“Também teve a revisão do cartão vacinal das crianças hoje, antigamente eu não sabia, agora eu sei, olho um cartão atrasado porque, tem que tomar naquele tempo, o que fazer

essas coisas também.” ACS. 2

“Conhecimento que passaram sobre a questão da hanseníase, e da tuberculose, é... Nos forneceu ferramentas né pra poder trabalhar isso de forma mais efetiva junto à população.” ACS. 4

Segundo a fala dos médicos acima, fica possível constatar que estes profissionais se comprometem a estar atualizados sobre suas práticas clínicas a fim de alcançarem uma maior qualidade no atendimento do usuário dos serviços de saúde, até mesmo articulando momentos com outros profissionais para a realização de troca de saberes, sendo representado como um importante dinâmica para a garantia de um atendimento mais integral. Os enfermeiros também demonstram necessidade de atualização de conhecimentos e definem este espaço como importante na sua prática, no entanto vinculam estes momentos de qualificação ao afastamento do serviço, o que não seria necessário. Ficou percebido no discurso dos ACS que a capacitação está muito ligada a suas características de formação, pois muitas vezes esta ocorre dentro do próprio ambiente de trabalho devido o reduzido acesso destes profissionais a uma formação técnica adequada.

Ainda comentando sobre a qualificação profissional do ACS na ESF, os sujeitos da pesquisa demonstraram interesse nessa discussão conforme apresentado abaixo.

“... a gente treinava o agente comunitário, capacitava o agente comunitário. De um tempo pra cá isso não é mais função da equipe.” MED 4.

“Eu particularmente sinto falta dessa capacitação dos agentes ... eu tenho um cru no sentido de não ter experiência, como agente comunitário não tem ... Ele é, eu costumo dizer, um representante da comunidade, ele simplesmente chega à equipe porque tem que resolver isso, ah isso até hoje não viu.” MED 2.

“Foi uma ideia minha com a enfermeira da equipe da gente

trazer, discutir a escala de coelho, refazer a classificação dessas famílias, ... e ai os problemas burocráticos da equipe vem e responde isso, responde aquilo ... então tira o agente comunitário da reunião ... e ai acaba adiando, na outra semana, na outra semana e a coisa acaba morrendo.” MED. 3

“Os agentes comunitários eram treinados antes de entrarem nos seus papéis e isso você não vê mais, ele é contratado, ele faz uma entrevista, ele vai lá e se vira 30 ... o que você percebe na prática é que a coisa morreu no meio do caminho, a função dele como agente comunitário foi sedimentada.” MED 3.

“... o agente comunitário tem necessidade de uma atividade educativa técnica e o médico e o enfermeiro que tem necessidade de processos e ai é bem diferente.” ENF 4

“Então existem dois níveis né, ou seja, o nível científico que discutem entre eles e o nível prático que seria a nossa área ... que haja um, que seja considerado assim um treinamento mais objetivo enquadrado dentro do trabalho que a gente exerce.” ACS 4

Conforme visto, se percebe uma discussão sobre a formação do ACS para a integração de sua prática à equipe. Segundo o discurso, é necessário uma maior atenção à formação do agente comunitário para sua prática a fim de alcançar o potencial desta categoria para a qualidade da assistência e da prática na ESF. Repensar a forma como ocorre a formação do ACS no serviço é algo necessário a fim de resgatar a imagem deste personagem fundamental para a qualidade da atenção na ESF.

Até o momento, a discussão a respeito da EPS ocorreu enquanto prática promotora da qualificação profissional. Tal indicação estava relacionada à atualização e obtenção de conhecimentos científicos voltados ao aumento da qualidade da assistência dos profissionais.

Outra percepção possível dos profissionais foi a da apropriação de saberes, o

potencial do trabalho e das relações neste trabalho para um maior crescimento dos profissionais.

“a gente tem uma ideia assim que Educação Permanente ela vai ser útil, quando é aquela coisa assim expositiva, quando é curso ... e não é só isso né ... na verdade é o ... trabalho em equipe, o bom relacionamento entre nós profissionais, questões dos processos de trabalho, questões do território, questões que surgem, isso tudo atribui também para crescimento do quadro profissional.” ENF 4

“... você ter funcionário como agente comunitário de saúde que não tem muitas das vezes uma formação apropriada na área da saúde você acaba compartilhando conhecimento popular com conhecimento técnico científico, que acaba também potencializando o trabalho.” ENF 2

A qualificação do ACS na ESF pode tornar estes capacitados a executarem outras tarefas de interesse da organização. As capacitações são muitas vezes relacionadas à necessidade de reorganização de processos de trabalho da unidade ou para enfrentamento de demandas que se tornam prioridades. Tais mudanças em determinados momentos precisam de adequação e inserção de novas atribuições dos profissionais. Abaixo, percebe-se na fala de um ACS o descontentamento relacionado a novas atribuições em seu processo de trabalho.

O que mudou? Novas atribuições como essa: da gente ter que ir à casa da paciente buscar o leite das mães. ACS 2

Outra discussão pertinente nos Grupos Focais foi a do comodismo das rotinas de trabalho e da dificuldade de se inventar e reinventar novos processos, mais democráticos, participativos. Na discussão se levantou a hipótese de que as mudanças nas estruturas do trabalho são difíceis de serem realizadas porque envolvem toda uma modificação da forma como o profissional e as instituições se organizam.

... a gente involuntariamente sofre um processo de comodismo na rotina de trabalho e mudar causa medo... a questão da mudança a gente acaba tendo uma primeira reação involuntária de rejeição pelo próprio comodismo. ENF 5

... fica na tensão entre aquele modo de fazer que é enrijecido e é cristalizado mesmo de todo o ser humano como a capacidade de refletir sobre o seu próprio ato que é a educação permanente e você trazer aquilo que você vê a partir de um problema e estar sensibilizado a mudança. ENF 1

De acordo com a discussão, os profissionais entendem que existe naturalmente no processo de trabalho uma tendência a evitar processos de mudanças. Referência se faz à ideia Bateson (1991), onde ao tratar da aprendizagem organizacional refere que este comportamento se configura como Aprendizagem de Nível 0, onde os profissionais atuam apenas como repetidores de processos que já estão impregnados em seus comportamentos. No entanto, esses processos estão a todo o tempo sendo pensados e repensados nas rotinas de trabalho e necessitam ser aplicados com o intuito de se obter uma maior qualidade da assistência prestada.

A PEPS de 2009 reconhece estas rotinas de trabalho que impedem a mudança como “regras do jogo”, que são práticas consolidadas através do tempo nas propostas de trabalho das instituições, logo para a modificação de tais práticas segundo esta mesma Política, é recomendado uma análise constante dos profissionais e da instituição no intuito de identificação para a elaboração de pactuação de mudanças e propostas de intervenção. Enfatizando que para modificar práticas institucionalizadas nos serviços de saúde é necessário privilegiar o conhecimento prático em suas ações educativas e favorecer a reflexão compartilhada e sistemática. (BRASIL, 2009)

Os grupos focais realizados foram importantes instrumentos para conhecer a realidade da EPS na ESF, através deles foi possível discutir as mudanças ocorridas nos processos de trabalho das equipes de saúde da família, assim como identificar

espaços onde as práticas de EPS influenciam os profissionais a reconhecerem a EPS enquanto espaço de produção de saberes, seja através do trabalho multiprofissional, seja através da própria relação com os usuários, será discutido primeiramente o potencial da EPS enquanto promotora de saberes e após, através das falas dos profissionais, será elencados os possíveis espaços que favorecem a prática da EPS na ESF.

A qualidade da assistência aos usuários do SUS é fórum de muita discussão no campo de saúde, a precariedade da assistência a saúde já foi discutida anteriormente neste trabalho, alguns fatores foram elencados, tais como, formação técnica insuficiente para atender as demandas que surgem na prática, ou seja, profissionais muitas das vezes com dificuldades de lidarem com problemas encontrados no dia a dia de seu trabalho, deficit do trabalho multiprofissional o que desencadeia a fragmentação do cuidado entre outros.

Então assim, mudança com a EPS a meu ver é sempre a melhoria da prática profissional, a melhoria do cuidado prestado, da assistência prestada. Enf. 2

A gente tem argumentos a partir de um trabalho de Educação Permanente... A gente tem argumentos para poder lidar com várias situações. ACS 4

Discutir a EPS como capaz de atender essa necessidade do serviço é necessário para que seja entendido o caráter da viabilidade de tal Política para a saúde, contextualizar o profissional ao seu meio conforme os relatos anteriores o qualifica para sua prática e para a melhoria do cuidado aos usuários do SUS.

A EPS se compromete em atender a necessidade dos serviços tendo assim como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho. (Brasil, 2009). Essa vertente da EPS em melhorar a prática profissional é apresentada pelos participantes como algo presente, onde através da sua prática no dia a dia dos serviços, os profissionais se qualificam para lidar com as mais diversas situações apresentadas em seu contexto de trabalho.

5. Considerações finais

Com esta pesquisa foi possível concluir que a EPS se apresenta como capaz de promover a qualificação dos profissionais assim como contribuir para a produção de saberes profissionais no ambiente da prática. Foi possível constatar que muitas tensões influenciam na forma como tais atividades são realizadas. Em particular na unidade estudada, as reuniões de educação permanente se mostraram pouco proveitosas segundo a fala dos sujeitos investigados e podem ser reformuladas, possivelmente a partir do encontro entre as necessidades de gestão e das necessidades dos profissionais, tendo como ponto de partida a realidade das equipes.

Em relação aos processos educativos realizados nesta unidade, percebeu-se a presença de duas buscas dos profissionais. Por um lado, os profissionais necessitam de atividades educativas que promovem a agregação de mais conhecimento científico e, por outro, profissionais mais focados na produção de saberes. O primeiro tipo se apresenta mais comum em práticas de qualificação profissional, e o segundo como um importante indutor de mudanças de práticas através da discussão coletiva das necessidades de saúde da população.

Outra questão que merece destaque está relacionada a um maior investimento na formação do ACS, seja através de uma maior atenção das equipes no que tange às capacitações destes profissionais, seja através de disponibilização de formação técnica para este nesta área. Essa tarefa se faz de extrema necessidade tendo em vista a característica fundamental deste profissional na vigilância do território adscrito e das famílias sobre seus cuidados.

As reuniões de equipe se configuram como um importante momento para a troca de saberes e promoção da EPS na lógica da problematização da assistência. É a discussão de casos e a elaboração do PTS que se apresentaram como definidoras desses processos, devendo estas serem estimuladas na elaboração de planos de trabalho contextualizados com as necessidades dos usuários e das famílias na ESF.

Devido à conformação multiprofissional das equipes na ESF, o uso da EPS

pode proporcionar uma maior integração dos saberes das mais diversas categorias profissionais e o exercício da transdisciplinaridade das ações. A autoanálise de cada profissional permite entender os dilemas encontrados em sua prática, devendo estes serem a todo o tempo problematizados a fim de alcançar resultados tais como a melhoria da assistência à saúde e da qualidade do cuidado.

Apesar da EPS se inserir na ESF desde as suas bases, é necessário ainda muito investimento nesta proposta política e pedagógica do setor saúde a fim de alcançar o seu potencial transformador, na forma como os profissionais atuam e em como as instituições estão organizadas, com um maior aumento da autonomia profissional e ampliação da capacidade de inventar e reinventar novas propostas de trabalho.

Nesta proposta, a teoria de aprendizagem organizacional necessita de maior aprofundamento nos serviços de saúde a fim de facilitar ao profissional de saúde uma maior identificação dos fatores que interferem em sua prática de trabalho, tais como rotinas engessadas e cristalizadas, modos de ser e fazer no trabalho, de forma a garantir uma maior autoanálise das práticas e das produções de cuidado no dia a dia dos serviços.

6. Referências Bibliográficas

1. AROUCA, L. S. **O discurso sobre educação permanente (1960-1983).** Proposições. São Paulo, v. 7, n.2 [20], p.65-78, 1996.
2. AUSUBEL, D. P. **The psychology of meaningful verbal learning.** Grune and Stratton New York. 1963.
3. BACKES, D. S.; COLOMÉ, J. S.; ERDMANN, R. H. e LUNARDI, V. L. **Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas.** O Mundo da Saúde, São Paulo: 2011;35(4):438-442.
4. BATESON, Gregory. **Passos para a ecologia da mente.** Buenos Aires: Planeta, 1991.
5. BRANT, V. M. R.; BRANT, A. **Formação dos profissionais de saúde, o PSF e o SUS.** In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Participativa. **Reorganizando o SUS na região.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p. 33-37. (Série Cadernos Metropolitanos)
6. BRANT R., V. M. **Discutindo o conceito de inovação curricular na formação dos profissionais de saúde: o longo caminho para as transformações no ensino médico.** Trabalho, Educação e Saúde, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, p. 91-121, 2005.
7. BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde.** – Brasília: CONASS, 2007.
8. _____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988, 292 p.
9. _____. Ministério da Saúde. **Caminhos para a mudança da formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde: diretrizes para a ação política para assegurar Educação Permanente no SUS.** Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

10. _____. Ministério da Saúde. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
11. _____. Ministério da Saúde. **Educação Permanente**. Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica, Brasília, 2000.
12. _____. Ministério da Saúde. **Lei Nº 8.080**. de 19 de setembro de 1990.
13. _____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Princípios e Diretrizes para NOB/RH-SUS**. – 2. ed., rev. e atual., 2ª reimpressão – Brasília: Ministério da Saúde, 2003a.
14. _____. Ministério da Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: polos de educação permanente em saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
15. _____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
16. _____. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial**. Brasília. 1998.
17. _____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
18. _____. Ministério da Saúde. **Programa Saúde da Família: ampliando a cobertura para consolidar a mudança do modelo da atenção básica**. Revista Brasileira de Saúde Materno-infantil, Recife, v. 3, n. 1, p. 113-125, jan./mar. 2003.
19. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Histórico da Cobertura da Estratégia de Saúde da**

- família no Brasil.** IBGE. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php. 2014. Pesquisado em 13/04/2014.
20. CARVALHO, M. A. P. (org) **O território Integrado de atenção a saúde em Manguinhos: todos somos aprendizes!** Ensp/fiocruz, 2012
 21. CECCIN, Ricardo Burg. **Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário.** *Interface (Botucatu)* [online]. 2005, vol.9, n.16, pp. 161-168.
 22. CHARLOT, B. **Da Relação com o Saber: Elementos para uma teoria.** Porto Alegre: Artmed, 2000.
 23. CHAUI, Marilena. **Convite a filosofia.** São Paulo: Editora Ática, 2000.
 24. COLLEY, H.; HODKINSON, P.; MALCOLM, J. **Non-formal learning: mapping the conceptual terrain. A consultation report.** Leeds: University of Leeds Lifelong Learning Institute. 2002.
 25. EVANS, J. **Dual-Processing accounts of reasoning, judgment, and social cognition.** *Annu. Rev. Psychol*, 59:255–78, 2008.
 26. _____. **How many dual-process theories do we need? One, two, or many?** In: EVANS, J.; FRANSKISH, K. *In two minds: dual processes and beyond.* New York: Oxford Press, 2009. p. 33-54.
 27. FARIA, H. P. et al. **Modelo assistencial e atenção básica à saúde.** Belo Horizonte: Editora UFMG. 2008.
 28. FERREIRA, Aurélio B. H. **Novo Dicionário da Língua Portuguesa.** Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1997.
 29. FERREIRA, Ricardo Corrêa; VARGA, Cássia Regina Rodrigues and SILVA, Roseli Ferreira da. **Trabalho em equipe multiprofissional: a perspectiva dos residentes médicos em saúde da família.** *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2009, vol.14, suppl.1, pp. 1421-1428.
 30. FEUERWERKER, LCM, SENA-CHOMPRÉ, RR. **Interdisciplinaridade,**

trabalho multiprofissional e em equipe. Sinônimos? Como se relacionam e o que têm a ver com a nossa vida? Revista Olho Mágico, 5(18):5-6, 1999.

31. FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. 37. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2003.
32. GARCIA, Francisco Luiz. **Introdução crítica ao conhecimento**. Campinas-SP: Papyrus, 1988.
33. GOMES, K. O. Et al. **Avaliação do impacto do Programa Saúde da Família no perfil epidemiológico da população rural de Airões, município de Paula Cândido (MG)**. Ciência &Saúde Coletiva, 14 (Supl.): 1473-1482, 2009.
34. HADDAD, J; KOSCHKE, M. A. C.; DAVINI, M. C. **Educación permanente de personal de salud. Série desarrollo recursos humanos. Nº 100**. OPAS. 1994.
35. LIMA, Manolita Correa. **A educação: quando o futuro ressignifica o passado**. Revista da ESPM. Setembro/Outubro de 2011.
36. LIMA, Sayonara Arruda Vieira; ALBUQUERQUE, Paulette Cavalcanti and WENCESLAU, Leandro David. **Educação permanente em saúde segundo os profissionais da gestão de Recife, Pernambuco**. Trab. educ. saúde. 2014, vol.12, n.2, pp. 425-441.
37. MACHADO, A. G. M., and Luciana C. S. W. **“Educação em Saúde.” Curso de Especialização em Saúde da Família–UNA-SUS| UNIFESP**, 2012.
38. MARSIGLIA, R. M. G. **Orientações básicas para a pesquisa**. In: MOTA, Ana Elizabete [et al]. Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2007 (p.383-398).
39. MEZZAROBA, O.; MONTEIRO, C. S. **Manual de metodologia da pesquisa em direito**. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2008.
40. MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12ª edição – São Paulo: Hucitec, 2010.
41. MIRANDA E. **El análisis crítico de la práctica en el marco de la educación**

permanente Del personal de salud: orientaciones metodológicas para su aplicación. Lima: MINSA; 2002. Pp. 47.

42. MOROSINI, Márcia Valéria G.C. **Modelos de atenção e a saúde da família /** Organizado por Márcia Valéria G.C.Morosini e AnamariaD.AndreaCorbo. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.
43. MOTA, Ednacelí Abreu Damasceno, Guilherme do Val Toledo Prado, and Tamara Abrão Pina. **“Buscando possíveis sentidos de saber e conhecimento na docência.”** *Cadernos de Educação* 30 (2008).
44. MOTTA, J. I. J; RIBEIRO, Eliane C. O. **Educação Permanente como estratégia na reorganização dos serviços de saúde.** Acessado: <http://www.saude.ms.gov.br/control/ShowFile.phpid26239>"<http://www.saude.ms.gov>. no dia 10/02/2014.
45. NEGRI, B. **Assistência básica de saúde: menos doença, mais vida.** Apud (SANTANA, Milena Lopes and CARMAGNANI, Maria Isabel. Programa saúde da família no Brasil: um enfoque sobre seus pressupostos básicos, operacionalização e vantagens).
46. NONAKA, I; TAKEUCHI, H. **Criação de Conhecimento na Empresa.** 12a. Edição. Rio de Janeiro: Campus, 1997.
47. OLIVEIRA, Elaine Machado; SPIRI, Wilza Carla. **Programa Saúde da Família: a experiência de equipe multiprofissional.** *Rev Saúde Pública*, v. 40, n. 4, p. 727-33, 2006.
48. OLIVEIRA GN. **O projeto terapêutico como contribuição para a mudança das práticas de saúde, [Dissertação de Mestrado].** Campinas: Universidade Estadual de Campinas, 2007. 202p
49. OMS/UNICEF – **Declaração de Alma Ata 1978.** Cuidados Primários de Saúde, 1979.
50. PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação. [dissertação].** Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 1998.

51. PIRES D. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. São Paulo: AnnaBlume; 1998.
52. QUINTANA, P. B.; ROSCHKE, M. A. C.; RIBEIRO, E. C. O. **Educacion Permanente, Proceso de Trabajo Y Calidad de Servicio en Salud in Educacion Permanente de Personal de Salud**. Série Desarrollo de Recursos Humanos Nº 100. Organizacion Panamericana de la Salud. EUA. 1994.
53. REZENDE, Monica de. **A articulação educação-saúde (AES) no processo de formulação das políticas nacionais voltadas para a formação de nível superior dos profissionais de saúde**. ENSP. Rio de Janeiro. 2013.
54. CSE Manguinhos. **Regimento Interno do Centro de Saúde Escola Manguinhos** – Pesquisado no dia 10/02/2014. Em: http://search.4shared.com/postDownload/3BFViAjU/regimento_interno_alterado_mar.html
55. RIO DE JANEIRO. **Planejamento Estratégico da Prefeitura do Rio de Janeiro 2009 – 2012**. Acessado em: http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/2116763/243779/planejamento_estrategico_site.pdf. No dia 13/04/2014.
56. RIBEIRO, E.C.O.; MOTTA, J.I.J. **Educação permanente como estratégia na reorganização dos serviços de saúde**. Divulgação em Saúde Para Debate, n.12, p.39-44, jul. 1996.
57. RUIZ, J. Álvaro. **Metodologia científica: guia para eficiência nos estudos**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 1996.
58. SANTA CRUZ, M. L. et al. **Reunião de equipe: uma reflexão sobre sua importância enquanto estratégia diferencial na gestão coletiva no Programa de Saúde da Família (PSF)**. Psicologia Revista. Revista da Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde. v. 17, n. 1/2, p. 161-183, 2014.
59. SCHWARTZ, B. **Reflexões sobre o desenvolvimento da educação permanente**. Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos, ampl. Rio de Janeiro, v.5, n.113, jan./mar. 1969.

60. SILBERMAN, M. **Active learning: 101 strategies do teach any subject.** Massachusetts: Ed. Allyn and Bacon, 1996.
61. SOBRAL, F.A.F. **A universidade e o novo modo de produção do conhecimento.** Cadernos CRH, Salvador, n 34, pag.265-275. 2001.
62. STROSCHEIN, Karina Amadori; ZOCICHE, Denise Antunes Azambuja. **Educação permanente nos serviços de saúde: um estudo sobre as experiências realizadas no Brasil.** Trab. educ. Saúde. Vol.9 no.3 Rio de Janeiro Nov. 2011.
63. VASCONCELOS, M. et al. **Módulo 4: práticas pedagógicas em atenção básica a saúde.** Tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade. Belo Horizonte: Editora UFMG – Nescon UFMG, 2009. 70 p.
64. VICENT, S. P. **Educação permanente: componente estratégico para implementação da política nacional de atenção oncológica.** Revista Brasileira de Cancerologia. Rio de Janeiro, v. 53, n. 1, p. 79-85, 2007.

Apêndice 1

Roteiro do Grupo Focal

Apresentação da Pesquisa (Objetivos – Relevância)

Identificação dos Sujeitos da Pesquisa

Assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecidos

Desenvolvimento do Grupo Focal

1. Vocês, enquanto profissionais da ESF, identificam a EPS como espaço para a produção de saber in loco, no processo de trabalho? Por que?
2. O que mudou nas práticas dos profissionais da ESF após a introdução da educação permanente em saúde?
3. Como a EPS influencia nas práticas dos profissionais da ESF? Pode dar exemplos?

Considerações Finais dos Participantes da Pesquisa

Agradecimentos

Anexo 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado participante,

“Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa **A Educação Permanente em Saúde como espaço de produção de saberes na Estratégia de Saúde da Família**, desenvolvida por **Josinei Feijó da Silva**, discente de Mestrado Profissionalizante em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação dos Professores Dr. Carlos Otávio Fiúza Moreira e Maria Alice Pessanha de Carvalho.

Tendo como objetivo central a análise da Educação Permanente em Saúde como espaço de produção de saberes na Estratégia de Saúde da Família.

O convite para a sua participação se deve ao fato de você integrar uma das equipes de Saúde da Família da unidade analisada.

Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa.

Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas.

Mecanismos para garantir a confidencialidade e a privacidade

Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa, e o material será armazenado em local seguro.

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

Procedimentos detalhados que serão utilizados na pesquisa

A sua participação consistirá em integrar de um grupo focal com outros membros de equipes de trabalho da ESF, em que serão discutidas, a partir de um roteiro, questões relacionadas à Educação Permanente em Saúde. O grupo focal será gravado com a sua prévia autorização.

O tempo de duração do grupo focal é de aproximadamente uma hora.

A gravação do grupo focal será transcrita e armazenada, em arquivos digitais, mas somente terão acesso aos mesmos o pesquisador, orientador e coordenador.

Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução 466/12 e orientações do CEP/ENSP.

O benefício (direto ou indireto) relacionado com a sua colaboração nesta pesquisa é o de produzir a discussão em equipe sobre Educação Permanente em Saúde como espaço de produção de saberes, e poderá servir de base para posterior análise das atividades desenvolvidas por sua equipe de trabalho no que diz respeito à Educação Permanente em Saúde.

A pesquisa pode gerar eventual desconforto devido ao fato de você participar de uma discussão (grupo focal) com outros profissionais da sua e de outras equipes de trabalho. Contudo, a dinâmica proposta será coordenada de forma cuidadosa para evitar constrangimentos.

Qualquer tipo de dano que você venha a sofrer por sua participação nesta pesquisa é garantido por indenização, conforme itens III.2.0, IV.4.c, V.3, V.5 e V.6 da Resolução CNS 466/12.

Os resultados serão divulgados na dissertação de mestrado em Atenção Primária em Saúde e, posteriormente, em artigos científicos tratando do tema.

Este presente termo possui duas vias: uma é para o participante da pesquisa e outra para o pesquisador, e em todas as páginas do termo será necessária a rubrica do participante da pesquisa e do pesquisador; a última folha deverá ser assinada pelo participante da pesquisa e pelo pesquisador. Os locais para a rubrica e para a assinatura do participante da pesquisa e para o pesquisador encontram-se identificadas nas suas respectivas folhas.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos

direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade.

Tel e Fax - (0XX) 21- 25982863

E-mail: cep@ensp.fiocruz.br

<http://www.ensp.fiocruz.br/etica>

Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 –Térreo – Manginhos – Rio de Janeiro – RJ – CEP: 21041-210

Telefone: 2215-1485

E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br

Site: <http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/comite-de-etica-em-pesquisa>

Secretaria Municipal de Saúde – RJ

Endereço: Rua: Evaristo da Veiga, 16 – Sobreloja – Centro – RJ – CEP: 20031-040.

Josinei Feijó da Silva /Assinatura do Pesquisador – (Mestrando Profissional em Saúde Pública)

Contato com o pesquisador responsável (Mestrado em Saúde Pública ENSP/FIOCRUZ):

Tel: (0xx) 21 99318-7768

e-mail: josineif.silva@yahoo.com.br

Local data:

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

(Assinatura do participante da pesquisa)

Nome do participante:

Anexo 2**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****Pesquisador:** JOSINEI FEIJÓ DA SILVA**Título da Pesquisa:** A Educação Permanente em Saúde como espaço de produção do saberes na Estratégia de Saúde da Família.**Instituição Proponente:** FUNDACAO OSWALDO CRUZ**Versão:** 2**CAAE:** 38554114.2.0000.5240**Área Temática:****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA****Número do Parecer:** 975.174**Data da Relatoria:** 26/02/2015**DADOS DO PARECER**

Este parecer se refere a uma solicitação de emenda com a justificativa de inclusão de Instituição Coparticipante (Secretaria Municipal de Saúde) à pesquisa e alteração do número de participantes na pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há.

Situação do Parecer:

Aprovado.

Necessita Apreciação da CONEP:

Não.

Considerações Finais a critério do CEP:

Em atendimento ao subitem II.19 da Resolução CNS nº 466/2012, cabe ao pesquisador responsável pelo presente estudo elaborar e apresentar relatório final "[...] após o encerramento da pesquisa, totalizando seus resultados", em forma de "notificação", cujo modelo se encontra disponível em www.ensp.fiocruz.br/etica.

RIO DE JANEIRO, 06 de Março de 2015

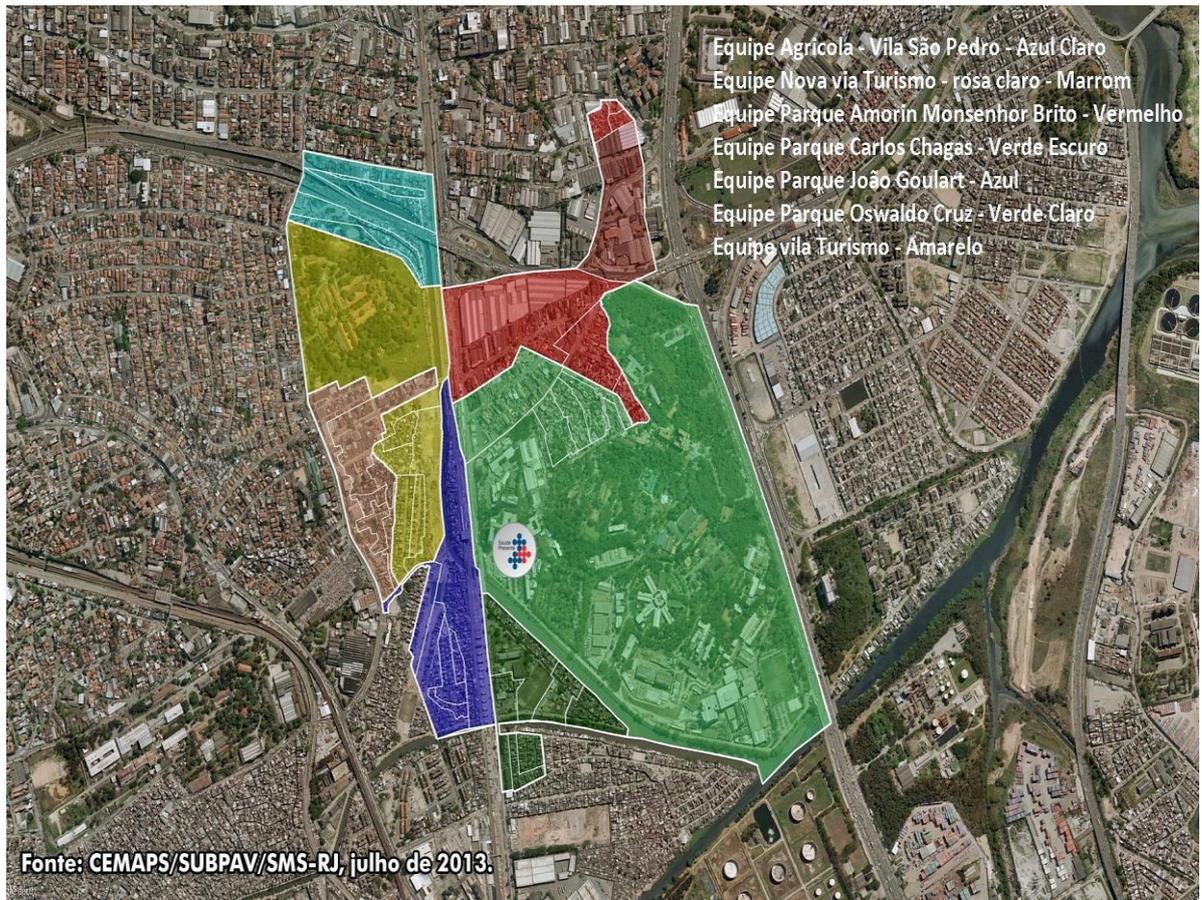
Assinado por: Carla Lourenço Tavares de Andrade
(Coordenador)

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 – Térreo – **Bairro:** Manguinhos – **CEP:** 21.041-210 – **UF:** RJ **Município:** RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2598-2863 / **Fax:** (21)2598-2863 / **E-mail:** cep@ensp.fiocruz.br

Anexo 3

Mapa de Cobertura da CF Manguinhos



Fonte: CEMAPS/SUBPAV/SMS-RJ, julho de 2013.