

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICA SOCIAL E SERVIÇO SOCIAL**

**CAMILA RUSZKOVSKI MARQUES JOSINO**

**EXPRESSÕES DA EDUCAÇÃO PERMANENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À  
SAÚDE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA**

Porto Alegre

2019

CAMILA RUSZKOVSKI MARQUES JOSINO

**EXPRESSÕES DA EDUCAÇÃO PERMANENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À  
SAÚDE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Política Social e Serviço Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para a obtenção do título de Mestra em Política Social e Serviço Social.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Míriam Thais Guterres Dias

Linha de Pesquisa: Estado, Sociedade e Políticas Sociais.

Porto Alegre

2019

*“A persistência é o menor  
caminho do êxito”. Charles  
Chaplin*

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço aos meus pais que sempre me estimularam a buscar meus objetivos, me incentivaram a estudar e estiveram ao meu lado durante estes dois anos de dissertação compreendendo meus momentos de ausência. Agradeço aos meus maiores apoiadores durante a elaboração deste estudo - meu marido Carlos Henrique e meu filho Miguel - por sempre estarem ao meu lado, com amor e carinho, proporcionando momentos de distração e alegrias.

Agradeço a uma das pessoas que mais admiro, que compartilhou comigo sua vasta experiência na pesquisa e na vivência de novos desafios, tornando possível a elaboração deste estudo, a minha querida orientadora Prof<sup>ª</sup>. Dra. Míriam Dias. Agradeço a todos os professores e colaboradores da Universidade Federal do Rio Grande do Sul que foram fundamentais no meu crescimento pessoal e acadêmico. Agradeço as minhas amigadas que conquistei durante esta caminhada, por todo apoio e companheirismo.

## RESUMO

**Objetivo:** Desenvolver uma Revisão Integrativa nas produções científicas resultantes de pesquisas qualitativas sobre Educação Permanente em Saúde na Atenção Primária no âmbito nacional, para analisar a aplicação da sua metodologia na realidade brasileira. **Método:** Revisão Integrativa da literatura baseado no referencial de Mendes, Silveira e Galvão (2008), a fim de obter o melhor entendimento sobre o tema em questão e referente a estudos anteriores do mesmo. Os dados foram analisados a partir da Análise de Conteúdo proposta por Moraes (1999). **Resultados:** Foram construídos quatro eixos temáticos, “O conceito de Educação Permanente em Saúde na Atenção Primária à Saúde”; “Formação profissional”; “SUS e Política Pública” e “Dispositivos para a prática de Educação Permanente em Saúde”, que se desdobraram em 10 subtemas, evidenciando: o desconhecimento ou a confusão conceitual do termos “Educação Permanente”, “Educação Continuada” e “Educação em Saúde”; as atividades que vêm sendo realizadas e são intituladas como educação permanente; o planejamento, a avaliação e sistematização dos processos de educação permanente; a formação técnico científica ainda centrada no modelo biomédico na área da saúde; a relação entre o ensino e os serviços; o destaque para o profissional enfermeiro frente as ações de educação permanente; a finalidade da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS); o financiamento da Educação Permanente em Saúde (EPS); e os dispositivos que podem permitir que a metodologia da EPS esteja presente nos serviços de saúde do país. **Conclusão:** A EPS é uma política de suma importância para o Sistema Único de Saúde, seus usuários e profissionais, ela tem como propósito a transformação das práticas pedagógicas e de saúde, com vistas a formação e desenvolvimento de trabalhadores. Foi revelado o desconhecimento acerca da PNEPS, assim como da sua metodologia, e deve-se isso, por ser uma política recente e devido a inexistência de discussões na graduação a seu respeito. O modelo biomédico ainda prioriza a formação por especialidades e de maneira fragmentada e isolada. O desafio ainda é de que os profissionais percebam a importância e aplicabilidade das Políticas Públicas. Se faz necessário que os profissionais tenham o devido envolvimento, assumam uma postura crítica e reflexiva e que de maneira ativa desenvolvam os processos de EP em seus ambientes de trabalho na área da saúde. Os dispositivos para a implementação da EP precisam ser apresentados e debatidos nos municípios brasileiros para o sucesso desta política, sendo o apoio matricial, com a troca de saberes entre a equipe e os demais profissionais, assim como o apoio institucional, uma estratégia de planejamento da gestão.

**Descritores:** Educação Permanente em Saúde; Educação Permanente; Educação Continuada; Atenção Primária; Atenção Primária à Saúde; Educação em Saúde; Saúde (DeCS), e no MeSH (Medical Subject Headings): Public Health Professional Education; Health; Continuing Education; Permanent Education.

## ABSTRACT

**Objective:** To develop an Integrative Revision in the scientific productions resulting from qualitative research on Permanent Education in Primary Health Care at the national level, to analyze the application of its methodology in the Brazilian reality. **Method:** Integrative revision of the literature based on Mendes, Silveira and Galvão (2008), in order to obtain the best understanding on the subject in question and referring to previous studies of it. The data were analyzed based on the Content Analysis proposed by Moraes (1999). **Results:** Four thematic axes were constructed, "The concept of Permanent Education in Health in Primary Health Care"; "Professional qualification"; "SUS and Public Policy" and "Devices for the practice of Permanent Education in Health", which were divided into 10 subtopics, showing: the lack of knowledge or conceptual confusion of the terms "Permanent Education", "Continuing Education" and "Health Education "; the activities that have been carried out and are titled as permanent education; the planning, evaluation and systematization of the processes of permanent education; scientific technical training still centered on the biomedical model in the health area; the relationship between education and services; the emphasis on the professional nurse facing the actions of permanent education; the purpose of the National Policy of Permanent Education in Health (PNEPS); the financing of the Permanent Education in Health (EPS); and the devices that can allow the EPS methodology to be present in the country's health services. **Conclusion:** EPS is a policy of paramount importance for the Unified Health System, its users and professionals, its purpose is the transformation of pedagogical practices and health, with a view to the formation and development of workers. It was revealed the lack of knowledge about PNEPS, as well as its methodology, and this is due to it being a recent policy and due to the inexistence of discussions in the graduation about it. The biomedical model still prioritizes training by specialty and in a fragmented and isolated way. The challenge is still for professionals to realize the importance and applicability of Public Policies. It is necessary that the professionals have the proper involvement, assume a critical and reflexive posture and that actively develop the processes of PE in their work environments in the health area. The devices for the implementation of PE need to be presented and debated in the municipalities brazilians for the success of this policy, being the matrix support, with the exchange of knowledge between the team and other professionals, as well as institutional support, a management planning strategy.

**Descriptors:** Permanent Education in Health; Permanent Education; Continuing Education; Primary attention; Primary Health Care; Health education; Health (DeCS); and MeSH (Medical Subject Headings): Public Health Professional Education; Health; Continuing Education; Permanent Education.

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1.</b> Fluxograma da busca de artigos nas bases de dados.....	55
<b>Figura 2.</b> Organização dos dados no NVIVO.....	59

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1.</b> Questões norteadoras e objetivos específicos.....	47
<b>Quadro 2.</b> Achados da Revisão Integrativa.....	55
<b>Quadro3.</b> Descritores utilizados neste estudo e a referida Base de Dados.....	56
<b>Quadro 4.</b> Artigos incluídos no estudo, apresentado por título e ano de publicação, autor, no período de 2004 a 2018.....	57
<b>Quadro 5.</b> Artigos incluídos na categoria intitulada: conceito de Educação Permanente em Saúde e seus subtemas.....	61
<b>Quadro 6.</b> Artigos incluídos na categoria intitulada: formação profissional e os seus subtemas.....	79
<b>Quadro 7.</b> Artigos incluídos na categoria intitulada: SUS e Políticas Públicas.....	98
<b>Quadro 8.</b> Artigos incluídos na categoria: dispositivos para a prática de Educação Permanente em Saúde.....	109



## SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABRASCO	Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
AI	Apoio Institucional
AIS	Ações Integradas de Saúde
AM	Apoio Matricial
APS	Atenção Primária à Saúde
CCQ	Círculos de Controle de Qualidade
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos da Saúde
CES	Conselho Estadual de Saúde
CF	Constituição Federal
CGR	Colegiado de Gestão Regional
CIB	Comissões Intergestores Bipartite
CIES	Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço
CIR	Comissão de Intergestores Regionais
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CRS	Coordenadoria Regional de Saúde
CNS	Conferência Nacional de Saúde
DAGES	Departamento de Gestão da Educação na Saúde
EC	Educação Continuada
EPS	Educação Permanente em Saúde
EP	Educação Permanente
ER	Equipe de Referência
ES	Educação em Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GHC	Grupo Hospitalar Conceição

IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
MESH	Medical Subject Headings
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários da Saúde
PAREPS	Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde
PAS	Programação Anual de Saúde
PET-SAÚDE	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
PITS	Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde
PMPA	Prefeitura Municipal de Porto Alegre
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização
PROFAE	Profissionalização dos Trabalhadores da Área da Enfermagem
PROMED	Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Graduação em Medicina
PRÓ-SAÚDE	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
PTS	Projeto Terapêutico Singular
PUBMED	Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos
RI	Revisão Integrativa
RL	Revisão de Literatura
RMSF	Residência Multiprofissional em Saúde da Família
RS	Rio Grande do Sul

SCIELO	Biblioteca Eletrônica Científica Online
SES/RS	Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>14</b>
<b>2 MARCO TEÓRICO .....</b>	<b>20</b>
2.1 SAÚDE E POLÍTICA SOCIAL .....	20
2.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	23
2.3 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE .....	28
2.4 TRABALHO E EDUCAÇÃO NA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE .....	33
<b>3 PERCURSO METODOLÓGICO.....</b>	<b>47</b>
3.1 PROBLEMA DE PESQUISA, QUESTÕES NORTEADORAS E OBJETIVOS.....	47
3.2 REVISÃO INTEGRATIVA.....	49
3.3 CARACTERIZAÇÃO DOS ARTIGOS INCLUÍDOS NESTE ESTUDO.....	59
<b>4. ANÁLISE DOS RESULTADOS .....</b>	<b>62</b>
4.1 O CONCEITO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	62
4.1.1 Conceito de Educação Permanente em Saúde.....	64
4.1.2 Atividades realizadas como Educação Permanente de Saúde.....	70
4.1.3 Planejamento, avaliação e sistematização do processo de EPS.....	73
4.2 FORMAÇÃO PROFISSIONAL.....	79
4.2.1 Formação técnico científica e o modelo biomédico.....	81
4.2.2 A gestão e a Educação Permanente em Saúde.....	87
4.2.3 Relação ensino e serviço.....	92
4.2.4 O profissional enfermeiro como responsável pela EPS.....	96
4.3 SUS E POLÍTICA PÚBLICA.....	99
4.3.1 A finalidade da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.....	100
4.3.2 Dificuldades de implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.....	104

4.3.3 Financiamento da Educação Permanente em Saúde.....	108
4.4 DISPOSITIVOS PARA A PRÁTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE.....	110
<b>5. CONCLUSÕES.....</b>	<b>117</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>122</b>
<b>APÊNDICE A- INSTRUMENTO DE ANÁLISE .....</b>	<b>136</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Inicialmente, gostaria de contextualizar, apresentando minha relação com a pesquisa, no momento em que estou concluindo um curso de pós-graduação, na modalidade *stricto sensu*. Desde criança fui incentivada pela família a estudar, a colocar foco em meus objetivos e a me esforçar para fazer o melhor em tudo o que fizesse. Fui a primeira pessoa da minha família a chegar a este estágio e associei a conquista do título de mestra em Política Social e Serviço Social à persistência e ao comprometimento.

Não foi aleatória a escolha do tema de pesquisa da presente dissertação de mestrado. Essa escolha decorreu da minha afinidade com o tema Educação Permanente em Saúde (EPS), do meu conhecimento sobre sua importância enquanto política pública, além da problematização que cerca este tema nos dias atuais. Comecei a me interessar por EPS ainda na graduação, quando me senti motivada com as determinações sociais que afetam os indivíduos que buscam por serviços de saúde, seja ele de nível primário, secundário ou terciário. Assim, fui além de estudar e praticar apenas sob a ótica da patologia dos indivíduos.

Após a graduação ingressei em uma Residência Integrada em Saúde com ênfase em Saúde da Família e Comunidade no Grupo Hospitalar Conceição, e desenvolvida em uma Unidade de Saúde na zona norte de Porto Alegre. Durante o período de dois anos vivenciei a realidade da Atenção Primária à Saúde e suas demandas, assim como, o trabalho de prevenção e promoção em saúde. Como produto deste processo, elaborei como trabalho de conclusão uma avaliação quanto a percepção dos pacientes insulino dependentes não controlados de uma unidade de saúde dos cuidados necessários com a diabetes mellitus do tipo 2, onde através dele, pude observar que a prevenção no diabetes era um assunto desconhecido para a equipe, que atuava somente nas morbidades de sua comunidade.

Durante o período da residência, atuei na Secretaria Municipal de Saúde do Município de Porto Alegre, onde tive a oportunidade de participar da elaboração do Guia de Apoio à Tomada de Decisão para o Acolhimento com Identificação de Necessidades das Unidades de Saúde da Atenção Básica. Também estive presente em decisões e processos de gestão em nível municipal, assim como em discussões acerca das políticas de saúde, reflexões e problematizações de processos de trabalho nas unidades de saúde. Foi um momento especialmente importante em minha formação, pois, estando a atuar no âmbito da gestão

municipal, consegui estar perto da realidade local e vivenciar a aplicação da educação permanente como instrumento de trabalho das equipes de saúde.

Após a residência, em 2014, ainda motivada pela temática EPS, ingressei em um curso de especialização oferecido pela UFRGS intitulado Formação Integrada Multiprofissional em Educação Permanente em Saúde. Assim, pude aliar a teoria estudada no curso com a prática que eu havia desenvolvido na unidade de saúde em que trabalhei, no ano de 2015, como enfermeira de uma equipe de Estratégia de Saúde da Família (ESF), no município de Viamão. Conjuntamente com a equipe, pude refletir acerca dos processos de trabalho na saúde e elaborar algumas estratégias para que a Educação Permanente em Saúde (EPS) estivesse presente e fosse uma ferramenta para a prática diária de trabalho.

Durante o desenvolvimento do mestrado, fui nomeada para ocupar cargo de enfermeira na Prefeitura Municipal de Porto Alegre (PMPA), com atuação na Atenção Primária à Saúde. Desde então, vivencio diariamente as questões que me propus a observar neste trabalho. Essas questões corroboram a importância de existir uma política pública voltada à formação dos profissionais da saúde que vão atuar segundo os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), em especial na Atenção Primária à Saúde (APS).

Conforme acabo de relatar, a EPS sempre fez parte de minha trajetória acadêmica e profissional, e a decisão de desenvolver a atual pesquisa neste tema está fundada no fato de que acredito que a aplicação sistemática e correta desta política servirá para reorganizar o atual modelo de saúde e fortalecer as relações institucionais, promovendo espaços para a escuta ativa dos trabalhadores e assim ajudar a consolidar o SUS. Ter estado próxima a esse serviço e compreendido sua lógica de funcionamento instigou-me a procurar saber como, após a implantação desta política no País, os profissionais percebem e contribuem para a sua existência e para o desenvolvimento dos serviços de saúde no Brasil.

O projeto inicial desta dissertação era de realizar uma pesquisa por meio de entrevistas com os gestores da Atenção Primária à Saúde, quanto as suas percepções frente a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS). Pela atual situação gerencial do município e acatando a sugestão da banca de qualificação do Programa de Pós-Graduação, na qual me foi sugerido realizar uma pesquisa em publicações existentes, sobre a Educação Permanente na Atenção Primária à Saúde, elaborando assim o Estado da Arte deste tema. Em um primeiro momento, realizaria uma Revisão Sistemática com uso da metassíntese para análise dos dados. No entanto, por motivos de conciliação de horários de trabalho associado a negação de liberação para estudos em meu local de trabalho, não foi possível desenvolver a

minha pesquisa através desta metodologia, na qual exige trabalho seguido de etapas em um grupo de pesquisa.

Assim, o propósito desta dissertação foi verificar na literatura científica, o que tem publicado de informações sobre a Educação Permanente na Atenção Primária à Saúde, através de uma Revisão Integrativa na literatura, com o interesse em elaborar o Estado da Arte do que já fora publicado até então nesta temática e contemplando os objetivos propostos no estudo.

Neste contexto de discussão da Educação Permanente na Atenção Primária convém dialogar com o que está previsto em Lei no Brasil, como a Seguridade Social instituída no País e consiste em um “conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinados a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social”, conforme artigo nº 194 da Constituição Federal (BRASIL, 1988). Sua referência histórica é o Plano de Beveridge, de 1942, na Inglaterra onde primeiramente se estabeleceu um modelo de ordem social, baseado na cidadania, sendo o Estado o responsável por assegurar os direitos sociais dos cidadãos. Este caráter igualitário é a garantia mínima de benefícios, que seja ele universal e independente de contribuição prévia; ficando estabelecido que o acesso a estes seja relacionado às necessidades dos indivíduos. (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

As políticas sociais são criadas com o objetivo de corrigir as desigualdades originadas no mercado, e o Estado o responsável pela administração e pelo financiamento do sistema, destinando recursos do orçamento público para a manutenção destas políticas. A Constituição Federal de 1988 incluiu a saúde como parte da Seguridade Social, garantindo a todo cidadão o acesso à saúde (BRASIL, 1988). E o Sistema Único de Saúde (SUS), instituído há quase 30, devido ao Movimento da Reforma Sanitária Brasileira e que com a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90), regulou no país as ações e serviços de saúde executadas e assim firmando, como na Constituição Federal, a saúde como sendo um direito fundamental do ser humano e dever do Estado prover as condições necessárias (BRASIL, 1990).

Em 1994, o Ministério da Saúde implantou, dentro do serviço de Atenção Primária à Saúde (APS), o Programa de Saúde da Família (PSF), hoje conhecido como Estratégia de Saúde da Família (ESF), por não se tratar mais apenas de um programa. Este tinha por objetivo o redirecionamento do modelo de saúde do país, partindo da premissa de que era necessário fortalecer a APS. Dentre as estratégias propostas, encontram-se as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e das famílias, desde o recém-nascido até o idoso, de maneira integral, contínua e de qualidade, considerando a participação popular neste contexto (BRASIL, 1994).



A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) foi instituída pelo Ministério da Saúde (MS) em 13 de fevereiro de 2004 através da Portaria de nº 198, com vistas a transformar as práticas pedagógicas e de saúde. Consiste em uma estratégia do Sistema Único de Saúde (SUS) para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores da área da saúde (BRASIL, 2004a). Posteriormente, em 2007, essa política foi reformulada pelo Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES) através da Portaria GM/MS nº 1.996 de 20 de agosto de 2007, para compor a série de Pactos pela Saúde, que estabeleceu a responsabilidade de cada esfera de governo no que se refere à educação na saúde (BRASIL, 2009).

Sendo uma prática educativa pautada no trabalho, tem como prerrogativa a problematização da realidade, levando em consideração as determinações sociais da saúde e a transformação dos processos de trabalho, com vistas à ruptura de paradigmas hegemônicos centrados na racionalidade técnica e na saúde biomédica (BUSS et al, 2007; CARVALHO et al. 2016; TESTA, 1992).

A categoria trabalho se faz presente nas políticas sociais existentes, sendo, portanto, definido como o exercício de uma atividade vital, responsável pela criação de bens materiais e simbólicos considerados pela sociedade como necessários para a sobrevivência da mesma (OFFE; BERGER, 1991). Na área da saúde o trabalho mostra-se peculiar em sua diversidade de formas organizativas e processos, podendo ser nomeado de modo de cooperação simples, presente nas chamadas clínicas de assistência médica; ou ainda com o predomínio de uma divisão manufatureira, como em unidades básica de saúde, onde se tem um menor predomínio de tecnologia; ou sob forma de maquinaria, a exemplo de hospitais e laboratórios de análises clínicas, com presença de automação de fluxo contínuo ou não e sendo visualizado em unidades de terapia intensiva (UTIs); ou ainda por fim, na forma de acumulação flexível, onde o trabalho caracteriza-se por desenvolver muitas funções ao mesmo tempo (ASSUNÇÃO, 2011).

A reflexão e problematização das práticas diárias, com intuito de promover uma modificação dos processos de trabalho constitui-se como um desafio às equipes do setor saúde. Tal aspecto reitera que os atuais processos de capacitação, desenvolvidos junto aos profissionais, tem se demonstrado frágil quanto ao seu impacto nas rotinas de trabalho e nos serviços de saúde (VIANA et. al., 2008; MERHY et al, 2006; PEDUZZI et al., 2006; TORRES et al, 2005; CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Conforme já apresentado, a Educação Permanente em Saúde (EPS) é entendida como uma política, cuja missão principal é de materializar o encontro entre educação e a saúde com

o intuito de superar os problemas que ocorrem no cotidiano das equipes de saúde. Sendo assim, tem-se apostado na articulação entre ensino, atenção, controle social e gestão, o conhecido quadrilátero da EPS, com vistas a alcançar os objetivos desta política (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

O adensamento de pesquisas em EPS contribuirá para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde e da transformação das práticas na saúde, sendo assim, as equipes precisam ter conhecimento e devem utilizar a EPS enquanto política pública e com vistas a formação e qualificação profissional na saúde em todos os níveis de atenção.

Deste mesmo modo, a EPS deve também ser parte constitutiva das agendas de gestores do SUS, sendo ela uma estratégia indispensável para uma construção de um sistema realmente como fora pensado na Lei Orgânica da Saúde de 19 de setembro de 1990. Ela permite uma construção de novos sentidos nas práticas cotidianas, uma proposta que considera a aprendizagem significativa, isto é, uma aprendizagem motivada pelo desejo de apropriação de novos saberes e práticas. No entanto, a EPS enquanto política não se reduz a uma simples proposta pedagógica, afinal os atores envolvidos assumem a aprendizagem no trabalho com vistas a uma construção coletiva de trabalho e sua consequente ação política envolvida (FIOCRUZ, 2005).

Por conseguinte, a PNEPS objetiva a formação permanente dos trabalhadores da saúde, garantindo a correlação entre educação e resolutividade dos serviços de saúde (BRASIL, 2007). No entanto, a educação permanente é ainda subutilizada em serviços do setor saúde, seja pelo fato de não ser considerada uma ferramenta de trabalho ou em decorrência dos próprios problemas organizacionais e estruturais deste setor, que inviabilizam ou dificultam os processos de organização e operacionalização de ações educativas com foco na formação, reflexão e planejamento dos processos de trabalho, bem como em ações destinadas à população atendida (AMESTOY et al. 2008).

Assim, a fim de evidenciar os resultados obtidos estruturou-se este trabalho em três capítulos. No primeiro capítulo, denominado de “Marco Teórico”, apresentam os resultados de uma revisão na literatura, a primeira ação a ser realizada e que foi a base para as discussões acerca desta temática. Estas discussões se denominam: “Saúde e Política Social”; “Atenção Primária à Saúde”; “Educação Permanente em Saúde” e “Trabalho e Educação na Educação Permanente em Saúde”.

No segundo capítulo, apresenta-se o “Percurso Metodológico”, em que são mostrados os procedimentos metodológicos utilizados para a coleta dos dados deste estudo, e sua posterior análise, fazendo uso da Análise de Conteúdo, proposta dos Moraes (1999). Por fim, no terceiro

capítulo, encontra-se a “Análise dos Resultados”, em que se apresenta a elaboração dos dados empíricos deste estudo, permitindo a reflexão sobre os conceitos teóricos elaborados anteriormente. Dividiu-se os resultados em quatro grandes eixos temáticos, “O conceito de Educação Permanente em Saúde”; “Formação profissional”; “SUS e Política Pública”; e “Dispositivos para a prática de Educação Permanente em Saúde”, os quais produziram 10 subtemas analíticos.

## 2 MARCO TEÓRICO

Este capítulo visa revisar conceitos que serviram de base para a discussão teórica deste trabalho, através dos tópicos Saúde e Política Social, Atenção Primária à Saúde, Educação Permanente em Saúde e Trabalho e Educação na Educação Permanente em Saúde.

### 2.1 SAÚDE E POLÍTICA SOCIAL

O conceito de política social para Giovanella e Mendonça (2008), determina ações permanentes ou temporárias que se relacionem com o desenvolvimento, a reprodução e a transformação dos sistemas de proteção social. Esta desenvolve ações coletivas para a consequente diminuição da vulnerabilidade e do risco social, visando sempre, como ação de proteção social, a compreensão das relações, atividades, processos e instrumentos que desenvolvam a responsabilidade pública na promoção da seguridade social e do bem-estar. Entretanto, a política social dinamiza-se em ações de intervenções para distribuição de renda, a promoção de direitos e igualdade, e por fim, a afirmação de direitos humanos, como forma organizativa da sociedade. A proteção social, por sua vez, é compreendida como:

[...]um conjunto de ações, institucionalizadas ou não, que visam proteger a sociedade ou parte dela dos impactos de riscos naturais e/ou sociais que incidem sobre o indivíduo e a coletividade, riscos que decorrem fundamentalmente das desigualdades sociais que acompanham os diferentes estágios da sociedade capitalista (MENDES, et al, 2011, p. 276).

A construção da política de saúde como uma política social envolve muitos aspectos, dentre eles, políticos, institucionais, econômicos, sociais, ideológicos, técnicos, culturais, dentre outros. Sendo uma atividade de proteção social, a política de saúde enfrenta diversas formas de relação social, seja entre gestores e atores políticos de unidades governamentais e empresas, indivíduos e grupos sociais, entre cidadãos e poderes políticos, consumidores e provedores de bens de serviço, dentre outros; portanto esta se encontra na relação entre Estado, sociedade e mercado. Podendo ser observado que o cidadão financia com seus impostos e contribuições, assim como tem atitudes e preserva valores em relação ao seu cuidado construído socialmente; e o Estado encarrega-se na definição de normas e legislações,

recolhe o recurso e aloca em programas, cria novos serviços de atenção, desenvolve tecnologia e forma o recurso humano para trabalhar (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

No Brasil, muitas foram as mudanças sociais, econômicas, políticas e culturais, que vieram a se refletir na Política de Saúde, sendo destaque a Revolta da Vacina, quando um movimento popular, no início do século XX, se contrapôs ao Departamento Nacional de Saúde Pública, que com o exército vacinou, de maneira compulsória a população, com vistas ao combate as epidemias de febre amarela, varíola e peste bulbônica. Esta forma expressa o modelo autoritário e militar em que o Sanitarismo Campanhista agia, de maneira monocausal e linear ao processo de adoecimento, desconsiderando a singularidade das diferentes regiões do país. Estas são características do modelo privatista, biomédico, assistencialista, hospitalocêntrico e individualista predominante até 1960.

Iniciam assim as discussões do Movimento Sanitário, em meio a um regime ditatorial vigente, e surge a resistência ao poderoso complexo médico industrial, que fazia uso do dinheiro público advindo da Previdência Social:

[...] uma geração de brasileiros que resistiu à ditadura, lutou pela democracia, organizou o movimento sanitário, inventou o Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (CEBES), engendrou a Saúde Coletiva, produziu publicações, fundou a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), desencadeou a Reforma Sanitária, concebeu e implementou o SUS, constituiu novos sujeitos, implantou programa de pós-graduação e pesquisa, criou instituições e ampliou a produção científica e tecnológica no país [...] (LIMA, 2007, p. 252).

Com propósito à ampliação do acesso à saúde, esse movimento envolveu diversos atores e espaços de luta do povo brasileiro na construção de sua cidadania, com conseqüente organização do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira que foi responsável pela criação de nosso Sistema Único de Saúde, que se configura como

[...] um processo social e político que requer um ambiente democrático para a sua construção na arena sanitária, cuja implantação tem nítido caráter de mudança cultural. Embasado a partir de uma dimensão ideológica, é alicerçada em uma concepção ampliada do cuidado em saúde do indivíduo, família e comunidade [...] (MACHADO, 2007, p. 336).

O Movimento de Reforma Sanitária no Brasil organizou-se nas décadas de 1970 e 1980 e teve sua consolidação na VIII Conferência Nacional de Saúde, em Brasília em 1986, a qual é a referência para a definição do projeto da Reforma Sanitária e seus princípios de democracia, acessibilidade, universalidade e equidade, que vigoram no SUS. Todo processo

de consolidação do SUS, estimulou a criação de diversas experiências no que tange a qualificação e capacitação profissional na saúde; trazendo a noção de aprendizagem significativa, de Paulo Freire, para embasar a educação na saúde, sendo um:

[...] desdobramento, sem filiação, de vários movimentos de mudanças na formação dos profissionais de saúde, resultando na análise das construções pedagógicas na educação em serviços de saúde, na educação continuada para o campo da saúde e na educação formal de profissionais de saúde [...] (LIMA, 2010, p.208).

A saúde pública brasileira, após a criação do SUS, com seus princípios e diretrizes comuns a todos os cidadãos, objetiva condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, assim como para a organização e funcionamento dos serviços disponíveis, após a aprovação da Lei Orgânica da Saúde em 1990, Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Regula-se em todo território nacional as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas jurídicas de direito público ou privado (BRASIL, 1990).

Os princípios doutrinários do SUS são: Universalidade, a garantia de tenção à saúde a todo cidadão; Equidade, garantia a todas pessoas igualdade de condições de acesso a ações e serviços em saúde em diferentes níveis de complexidade; Integralidade, ações de promoção, proteção e reabilitação integradas, assim como articulação da saúde com as demais Políticas Públicas com uma atuação intersetorial. Assim como os princípios organizativos: Regionalização e Hierarquização, organizar os serviços em níveis de complexidade com tecnologia crescente; Descentralização, redistribuição de poder e responsabilidades das ações e serviços de saúde; Participação dos cidadãos, por meio de entidades representativas participar na formulação e avaliação das políticas de saúde, assim como do controle e execução das mesmas, dentre outros (BRASIL, 1990).

Dentre os níveis de atenção à saúde ofertados pelo SUS, destaca-se a Atenção Primária à Saúde (APS), pelo seu lugar estratégico na direção da integralidade e do acesso da população. A mesma requisita profissionais com formação pertinente ao seu propósito. Nesta perspectiva, Política de Educação Permanente em Saúde, é uma estratégia fundamental para recomposição das práticas de formação, atenção, gestão, formulação de políticas e controle social no setor saúde (BRASIL, 2004a). Deste modo, no próximo tópico se abordará este nível de atenção à saúde.

## 2.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS)

A Atenção Primária à Saúde (APS) teve o seu termo definido pela primeira vez em 1978, na I Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata Cazaquistão, antiga União Soviética, onde se propõe um acordo e uma meta entre os países membros para se atingir maior nível de saúde até o ano de 2000, através da APS, política conhecida como “Saúde para Todos no Ano 2000”. Na declaração de Alma-Ata caracteriza APS como correspondente aos cuidados essenciais à saúde, fazendo uso de tecnologias acessíveis e que leve os serviços de saúde o mais próximo à vida e trabalho das pessoas, sendo considerado o primeiro nível de contato com o sistema de saúde (OMS, 1978).

No ano anterior, em 1977, a Assembleia Mundial de Saúde, em sua reunião anual, decide como meta social dos governos participantes que todos os cidadãos do mundo pudessem a partir do ano de 2000 ter um nível de acesso à saúde que lhe permita uma vida social e economicamente produtiva. Esta proposta, hoje conhecida como “Saúde para Todos no Ano 2000” impactou no desenvolvimento da Atenção Primária. Após, os seus princípios foram então divulgados em uma conferência de Alma-Ata, em que se debateu o tópico Atenção Primária à Saúde. Mais adiante, o seu consenso foi aprovado na Assembleia Mundial de Saúde em 1979. E a Atenção Primária foi então definida como:

Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possam arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde (OMS, 1978).

Com isso, a Atenção Primária à Saúde passou a ser reconhecida como integrante de um sistema formal de atenção em todos países e a Conferência de Alma Ata especificou seus componentes fundamentais, como: Educação em saúde; Saneamento ambiental, especialmente água e alimentos; Programas de saúde materno-infantis, incluindo planejamento familiar e imunizações; Prevenção de doenças endêmicas locais; tratamento de doenças e lesões comuns; Fornecimento de medicamentos; Promoção nutrição; e Medicina tradicional (STARFIELD, 2002).

Contudo, na década de 1970, no relatório intitulado de Faure da Unesco, conceituou-se que a formação de pessoas precisa se desenvolver ao longo de toda sua vida, considerando o conhecimento em constante evolução. Sendo assim, precisa permitir uma diversidade de experiências, comunicação e interrogação em relação ao mundo. Processo este envolve qualquer etapa da vida, situação e circunstância, de maneira permanente e não se limitando a métodos e programas específicos (BUSS, 2000).

Nesta mesma década, em 1978, ocorre um encontro que logo veio a resultar no Relatório de Alma Ata, na qual relaciona a educação relacionada aos cuidados considerados primários à saúde. Proposta esta trazia o trabalho em equipe interdisciplinar no nível local, envolvendo os setores saúde e educação, assim como demais setores relacionados ao desenvolvimento comunitário. Concluiu-se neste encontro, a necessidade de reafirmar a saúde como direito humano fundamental; reiterar a responsabilidade dos governos com a saúde; as desigualdades não serem aceitas e a participação da população nas decisões em saúde (BUSS, 2000).

Giovanella e Mendonça (2008), classificam a APS estabelecida na Conferência como abrangente, por consistir em um processo permanente de assistência sanitária, incluindo a prevenção, promoção, cura e a reabilitação dos problemas de saúde da população. Frente a esta situação, observou-se forte resistência das agências internacionais ao considerarem que a APS exigia recursos financeiros que inviabilizavam sua efetivação de países em desenvolvimento. Assim sendo, em 1979 a Fundação Rockefeller e o Banco Mundial realizaram uma conferência para então estabelecer as ações a serem priorizadas, tornando a APS seletiva para grupos populacionais prioritários, sob liderança da Unicef. Desta maneira duas formas de APS se constituíram, a abrangente e a seletiva.

Após estas conferências, a APS passou a apresentar três concepções distintas: como um programa de medicina simplificado; como um primeiro nível de atendimento, e, como componente estratégico de uma proposta de saúde para todos (PAIM, 2008). Mesmo assim, até a década de 1980, a concepção de APS como um conjunto de ações de saúde restritas para os pobres foi hegemônica pelas agências internacionais, que orientam as políticas públicas dos países em desenvolvimento (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008; NOGUEIRA, 2004).

Mesmo que as metas propostas em Alma-Ata não tenham sido atingidas, a APS tornou-se uma referência fundamental para as reformas sanitárias em diversos países nas décadas de 1980 e 1990. No entanto, alguns países adotaram a APS somente em uma perspectiva focalizada, como sendo um conjunto de ações de saúde de baixa complexidade e dedicada a população de baixa renda, com vistas a minimizar a exclusão social e econômica



surgida com a expansão do capitalismo e assim, distanciando-se do objetivo proposto na Declaração de Alma-Ata, de saúde sendo um direito (MATTOS, 2004).

Sendo assim, as concepções da APS na perspectiva do movimento sanitário, foram incorporando um ideário reformista e apresentando a necessidade de reorientação do atual modelo assistencial médico-privatista, representado pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Surge então as chamadas “Ações Integradas de Saúde” (AIS), com vistas a fortalecer um sistema unificado e descentralizado de saúde, que partia de convênios entre estados e municípios com recursos advindos da previdência social.

Devido às crescentes iniquidades sociais e de saúde no mundo, que a Organização Mundial da Saúde adotou alguns princípios que serviram de base para a estruturação da Atenção Primária dos serviços de saúde. A chamada Carta Lubliana propõe como deveriam ser os sistemas de atenção à saúde: doutrinados por valores de dignidade humana, equidade, solidariedade e ética; focados na promoção e proteção da saúde; tendo a centralidade no indivíduo e este sendo responsável por sua saúde; sempre tendo foco na qualidade; tendo um financiamento sustentável que garanta a cobertura universal e acesso equitativo; e por fim, direcionados para atenção primária. Estes princípios foram adotados em 1996, pela comunidade Europeia, não sendo unanimidade no restante do mundo (STARFIELD, 2002).

O que se pôde observar foi que em muitos países existe o predomínio de subespecialistas, sendo a atenção especializada a responsável pelo uso da tecnologia cara para manter os cuidados dos pacientes, ao invés deste investimento ser alocado em programas de prevenção e redução de doenças. Frente a esta realidade, deve ser considerado que o tratamento específico de uma enfermidade não pode maximizar a saúde, visto que a prevenção e a promoção transcendem um acometimento pontual, pois trabalham em uma perspectiva ampla onde o contexto do paciente deve sempre ser considerado (STARFIELD, 2002).

Portanto a Atenção Primária à Saúde (APS), de acordo com Starfield (2002), é a chamada porta de entrada e está centrada no sujeito e não na enfermidade que apresenta. Assim sendo, acaba por fornecer, com o tempo, a atenção a todas as condições coordenando e integrando as demais ações fornecidas aos usuários. A APS não se resume somente a um conjunto de tarefas ou atividades clínicas, mas sim, constitui-se como a base que determina o trabalho nos demais níveis de atenção abordando problemas mais comuns às comunidades e oferecendo a prevenção, a cura e a reabilitação, sempre considerando o contexto na qual ela se apresenta e influencia na saúde dos demais indivíduos. Isto garante o racionamento e a organização dos recursos que são alocados na área da saúde, seja ele básico ou especializado.

O Sistema Único de Saúde do Brasil vem enfrentando obstáculos de cunho político de grande importância, através de um avanço da política de redução do Estado para a garantia de direitos previstos em nossa Constituição de 1988. Contudo, se observa o setor de saúde, em especial, com certa ampliação se comparado às demais políticas. A saúde é descentralizada e a presença do controle social é de relevância, e assim, garantindo à saúde certa democracia em seus processos (FIOCRUZ, 2005).

O termo “atenção básica” foi utilizado primeiramente pelo movimento da reforma sanitária para se referir a atenção primária preconizada no SUS, e com vistas a romper com os programas de APS seletivos e focalizados, difundidos internacionalmente (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008). Desde então foi se constituindo através da união dos programas PACS e PSF, para compor a modalidade de estratégia de saúde da família (ESF), sendo um conjunto de ações situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, conforme a Norma Operacional Básica de 1996 (NOB/96) (BRASIL, 1996; 1999).

A NOB/96 instituiu a transferência regular e automática de recursos federais para os estados e municípios, fomentando a viabilização da atenção integral à saúde da população pelo incremento da descentralização:

O período pós-1995 foi marcado pela expansão da Atenção Básica de Saúde. Essa expansão foi incentivada, em primeiro lugar, pelo Ministério da Saúde e, posteriormente, pelas secretarias estaduais. Ao mesmo tempo em que isso ocorria, houve avanço no processo de municipalização e no estabelecimento de novas sistemáticas para o financiamento das ações e serviços de saúde, especialmente em nível da Atenção Básica (MARQUES; MENDES, 2003, p. 01).

Em um primeiro momento, em 2006, aparece um modelo de APS seletiva, de acordo com as características e finalidades dos programas apresentados, mas - com o tempo e devido a críticas que foram surgindo - esse modelo se incorpora a uma concepção de atenção básica ampliada, como visto na Política Nacional de Atenção Básica de 2006 (BRASIL, 2006a). São atribuídos os atributos de uma APS abrangente, passa a ser porta de entrada preferencial no SUS, com finalidade de organizar uma estrutura de sistemas de saúde disponíveis. No entanto, mesmo com uma perspectiva de uma política nacional de atenção básica, seguia com uma conformação das tradicionais Unidades Básicas de Saúde, como anteriormente se apresentava o financiamento advindo do Piso da Atenção Básica<sup>1</sup> e recursos municipais.

---

<sup>1</sup> Piso da Atenção Básica (PAB) é dividido em PAB fixo que é a quantia destinada à execução das ações de atenção básica de saúde, transferidos mensalmente e de forma automática, sendo o valor definido segundo o número de habitantes do Município; e o PAB variável é composto pelos recursos financeiros destinados ao

Em 21 de outubro de 2011, a PNAB foi atualizada e então foi aprovada a Portaria nº 2.448, que apresenta a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) que preconiza uma revisão das diretrizes e normas de organização da atenção básica para a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), posto em 1994; ambos programas especiais dirigidos aos pobres e excluídos, como política de focalização. Dentre os seus objetivos está a definição orçamentária dos recursos destinados a este nível de atenção, sendo eles o piso da atenção básica variável e fixo, estruturação da rede de serviços, atenção à saúde bucal e a construção das Unidades Básicas de Saúde (PAIM, 2008; BRASIL, 2012).

Definiu-se então a Atenção Básica como sendo um conjunto de ações de saúde, seja individual ou coletivo, que considera a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com vistas a promover uma atenção integral e com participação das pessoas e agindo nos determinantes e condicionantes da saúde do coletivo. A sua proposta considera populações de territórios definidos, com alto grau de descentralização e capilaridade, acontecendo próximo a realidade das pessoas e com a utilização de tecnologias de cuidado complexas para a demanda que se apresenta no território, sempre considerando os riscos, a vulnerabilidade, a resiliência e a ética. Ela deve ser a porta de entrada do usuário à Rede de Atenção à Saúde, sendo orientada pelos princípios da universalidade, vínculo, humanização, integralidade, acessibilidade, continuidade do cuidado, equidade, responsabilização, e participação social; com consequente atenção integral e singular dos sujeitos envolvidos (BRASIL, 2012).

As diretrizes foram apresentadas como sendo necessário um conjunto de atributos: ter um território adstrito que facilite o planejamento e organização descentralizada das ações setoriais e intersetoriais em saúde, considerando os condicionantes e determinantes da saúde daquela população específica; possibilitar o acesso universal e contínuo aos serviços e que sejam eles a porta de entrada da rede de atenção acolhendo, vinculando e corresponsabilizando o usuário pela sua saúde; adscrever o usuário para garantia da longitudinalidade do cuidado no território; coordenar a integralidade de ações de promoção, prevenção, vigilância, tratamento e reabilitação considerando uma equipe com diversas formações profissionais e com seu processo de trabalho centrado no usuário e não em procedimentos; envolver o usuário na construção de seu cuidado e da coletividade. Na PNAB,

---

financiamento de programas ou estratégias realizadas no âmbito da atenção básica de saúde, e os valores serão transferidos apenas aos Municípios que aderirem a programas do Ministério da Saúde (BRASIL, 2014).

os termos “atenção básica” e “Atenção Primária à Saúde” são considerados como equivalentes, no entanto se entende que esta associação aconteceu no Brasil, mas não defende as mesmas propostas de organização da saúde, afinal a Atenção Básica tem na Saúde da Família a sua estratégia de expansão e consolidação.

A APS requer uma prática educativa pautada no trabalho e com uso da problematização da realidade nas equipes, para resolução de demandas postas através das determinações sociais da saúde e a busca de modificações nos processos de trabalho em saúde, que ainda é centrado no modelo biomédico, requerendo a aplicação da Educação Permanente em Saúde.

### 2.3 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE (EPS)

Em 1980, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), após desenvolver estudos em diversos países com programas abrangendo a temática de educação permanente, identificou dificuldades como: a falta de continuidade e de direcionalidade; centrada em núcleos profissionais; uma baixa cobertura territorial; o distanciamento entre a doutrina educacional e a realidade dos programas existentes. Posto isso, estabeleceu a necessidade de definir, de maneira conceitual, a educação permanente considerando a sua dimensão pedagógica para as futuras experiências no país. Em consequência disto, deu-se início um plano de desenvolvimento de recursos humanos objetivando a educação dos trabalhadores de saúde de maneira permanente e tendo o trabalho como eixo norteador, fonte de conhecimento e objeto de transformação. Emergia aí uma proposta educativa centrada no cotidiano de trabalho e no enfrentamento dos problemas que deste emergiam (OPAS, 2007).

Junto a isso em 1983 são implantadas as Ações Integradas de Saúde (AIS) que objetivaram alcançar articulação institucional em nível local, para a oferta de serviços para primeiro atendimento médico, além dos de promoção e prevenção. Apresentava como diretrizes: a universalidade do atendimento; integralidade e equidade da atenção à saúde e democratização. A implementação das AIS possibilitou a ampliação da cobertura de serviços básicos de saúde com a criação de unidades municipais de saúde em grande parte dos municípios brasileiros (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008, p. 598), sendo um marco da atenção básica no Brasil.

Anos após, em 1986, a Conferência Nacional de Recursos Humanos trouxe como tema central as políticas de recursos humanos, o que serviu de análise a temática de educação permanente e fez surgir proposta para o movimento de reforma sanitária, que viria mais

adiante. A construção do SUS, através de todo o movimento da Reforma Sanitária, superando e enfrentando ainda muitos obstáculos, principalmente a superação de alguns conceitos já arraigados, de um sistema de saúde centrado na doença e não no indivíduo.

Observa-se no Ministério da Saúde e suas respectivas Secretarias de Saúde que ainda trabalham com políticas de saúde de modo fragmentado, mantendo uma separação entre a gestão, atenção, vigilância, e ainda subdividindo em tantas outras áreas técnicas. Estas por sua vez, acumulam o máximo de conhecimento e elaboram e implementam os programas de ação que após são repassados a outras instâncias de execução, sendo a capacitação a estratégia de transmissão deste conhecimento acumulado nestes setores. Os trabalhadores são então “receptores” de todo conhecimento, como se fossem “caixas vazias”, orientados com normas e de maneira parcelada desenvolvem seu trabalho com pouca compreensão dos processos elaborados nas instâncias superiores (FIOCRUZ, 2005).

Nesta conjuntura de construção da atenção básica no país que foi instituída pelo Ministério da Saúde (MS) em 13 de fevereiro de 2004 a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), através da Portaria GM/MS de nº 198, com vistas a transformar as práticas pedagógicas e de saúde. Sendo uma estratégia do Sistema Único de Saúde (SUS) para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores, definiu-se como objetivos: a educação dos profissionais; a capacidade resolutiva dos serviços de saúde; a mudança na educação técnica, graduação, especialização em serviço, residências médicas e pós-graduação; o desenvolvimento de trabalhadores e gestores de saúde; o envolvimento com movimentos estudantil; a mudanças das práticas de saúde; a educação popular para a gestão social das políticas públicas de saúde (BRASIL, 2004a).

Conforme seu anexo, a Portaria GM/MS nº 198, define Educação Permanente como:

[...] A Educação Permanente é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. Propõe-se que os processos de capacitação dos trabalhadores da saúde tomem como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde, tenham como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho e sejam estruturados a partir da problematização do processo de trabalho (BRASIL, 2004, p. 8).

Posteriormente em 2007, essa política foi reformulada pelo Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES) para compor a série de Pactos pela Saúde. Então foi baixada a Portaria GM/MS nº 1.996 de 20 de agosto de 2007, que trazia como proposta estabelecer a responsabilidade de cada esfera de governo no que se refere à educação na saúde (BRASIL, 2009). As modificações características referentes a condução e organização, na composição e

no financiamento da mesma, e destaca a importância da articulação entre ensino, trabalho e cidadania, considerando a vinculação entre a formação, atenção e participação social, gestão e a construção da rede do Sistema Único de Saúde (SUS), como um espaço de educação profissional (GIGANTE; CAMPOS, 2016; BRASIL, 2007).

As diferenças entre as portarias nº 198/2004 e a de nº 1.996/2007 são pontuais, sendo que a primeira refere a sua organização, sob a condução de um colegiado de gestão, os chamados Polos de EPS referência para determinado território e suas respectivas necessidades sendo também um espaço de articulações interinstitucional e locoregional. A segunda institui os colegiados de gestão regional (CGR), atualmente chamadas de Comissões Intergestores Regionais (CIR), que são instâncias de pactuação permanente e cogestão solidária e cooperativa que se responsabilizam pela elaboração do Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde (EPS). Participação também das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES), estas instâncias intersetoriais e interinstitucionais permanentes que participam na formulação, condução e desenvolvimento da PNEPS devem seguir os mesmos princípios da regionalização instituída no Pacto pela Saúde.

Em ambas as portarias a composição das instâncias de EPS é formada pelos gestores estaduais e municipais de saúde e educação, trabalhadores de saúde, instituições de ensino em saúde, movimentos sociais e o controle social.

O financiamento da PNEPS também apresentou alterações, pois na portaria nº 198/2004, era com o orçamento do MS, através de “projetos de EPS” previamente aprovados pelos Polos, pela Comissão Intergestora Bipartite (CIB) e pelo Conselho Estadual de Saúde (CES) e enviados para análise no MS. Em retorno o recurso era repassado diretamente à instituição que aprovou o projeto junto aos Polos. Com a aprovação da portaria 1.996/2007, o repasse era feito através do Bloco de Gestão do SUS, instituído no Pacto pela Saúde, dentro do limite financeiro global de estados, municípios para execução de ações. A transferência do recurso ocorre pelo Fundo Nacional de Saúde, de maneira regular e automática aos Fundos Estaduais e Municipais (BRASIL, 2004; 2007).

A PNEPS apresenta-se em eixos, sendo o primeiro deles o seu objetivo geral de transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho. Referindo as atribuições dos agentes envolvidos, atribui, no âmbito da educação permanente, cabe ao Colegiado de Gestão Regional: construir de maneira coletiva o Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde para a região, seguindo as diretrizes nacionais, estaduais e municipais e assim também, as dos Termos de Compromisso de Gestão dos entes federados participantes, do pactuado na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e das necessidades de

formação dos profissionais da saúde; submeter o Plano Regional à CIB para homologar; pactuar a gestão de recursos financeiros regional; promover a participação nas Comissões de Integração Ensino-Serviço (CIES), dos gestores, serviços de saúde, instituições de formação, trabalhadores de saúde, movimentos sociais e conselhos de saúde da região; acompanhar e monitorar as ações desenvolvidas; e avaliar de maneira periódica as CIES (BRASIL, 2007).

As atribuições das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço são: apoiar tecnicamente os Colegiados de Gestão Regional na construção dos Planos Regionais de EPS; articular instituições a intervir na formação e desenvolvimento dos trabalhadores; incentivar as instituições de formação a conduzir a EPS; acompanhar, monitorar e avaliar as ações implementadas; e apoiar e cooperar com a gestão na discussão sobre EPS. Estas Comissões, quando vinculadas à CIB devem: assessorar as discussões de EPS e elaborar uma Política Estadual de Educação Permanente em Saúde; estimular as iniciativas estaduais no campo de educação na saúde; e acompanhar, monitorar e avaliar a implementação da Política de Formação e Desenvolvimento no SUS (BRASIL, 2007).

Nesta perspectiva, as Comissões Intergestores Bipartite, na EPS, devem: elaborar e pactuar o Plano Estadual de EPS; definir o número e a abrangência das CIES; pactuar critérios de distribuição e alocação de recursos financeiros estaduais; homologar o Plano Regional de EPS; e acompanhar e avaliar os Termos de Compromisso de Gestão estadual e municipais; avaliar a composição, dimensão e o trabalho das CIES (BRASIL, 2007).

As atribuições do Conselho Estadual de Saúde, no âmbito de EPS precisam: definir as diretrizes da Política Estadual de EPS; aprovar a Política e o Plano de Educação Permanente em Saúde Estadual, que farão parte do Plano de Saúde Estadual; e acompanhar e avaliar a execução do Plano de Educação Permanente em Saúde Estadual (BRASIL, 2007).

No eixo do financiamento da PNEPS, proposto no artigo nº 17, é apresentado que dar-se-á por meio do Bloco de Gestão do SUS, instituído no Pacto pela Saúde e irá compor o Limite Financeiro Global do Estado e do Município para execução das ações. Alguns critérios são considerados para o financiamento, quais sejam: a adesão às políticas setoriais de saúde propostas; o número da população total do Estado e o quantitativo de profissionais de saúde vinculados ao SUS; e por fim, o critério que visa combater as iniquidades regionais existentes, considerando assim, o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) que quanto menor ele maiores as barreiras sociais a serem enfrentadas para o atendimento à população, e a concentração de instituições de ensino na área da saúde (BRASIL, 2007).

De acordo com Cardozo (2008), existem os problemas relacionados à Educação em Saúde, sendo eles são: a inadequação da formação profissional para o Sistema Único de Saúde

(SUS), seja qual for o nível de atenção; a parca existência de capacitações pontuais e desarticuladas, de maneira fragmentada; a capacitação pedagógica de docentes, preceptores, tutores e orientadores; a assincronia política e técnica entre as universidades e serviços de saúde; a dissociação entre a produção de conhecimento institucional as necessidades dos serviços e da gestão no SUS.

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde tem como objetivo a formação permanente dos trabalhadores da saúde, considerando a articulação entre educação e ampliação da capacidade resolutiva dos serviços de saúde. Sua operacionalização deverá ser organizada de forma regionalizada, através dos Colegiados de Gestão Regionais, responsáveis por elaborar um Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde que considere as especificidades locais de cada região. Os mesmos ainda contam com a participação de instâncias intersetoriais e interinstitucionais chamadas Comissões Permanentes de Integração Ensino- Serviço (BRASIL, 2007).

A Educação Permanente (EP) como prática de ensino-aprendizagem e como uma política de educação na saúde surgiu com a proposta de transformar as práticas do trabalho, estimulando uma atuação mais crítica, com compromisso e reflexão, considerando sempre as características regionais e as reais necessidades de formação dos profissionais envolvidos (CECCIM, 2005; BRASIL, 2007). Nesta perspectiva se observa o chamado quadrilátero da formação em saúde, proposto por Ceccim e Feuewerker (2004), que traz fatores a serem considerados no processo de educação permanente em saúde, sejam eles: práticas de ensino, práticas de atenção, práticas de gestão e práticas de controle social no âmbito da saúde.

Assim, a EP propõe-se a criar espaços coletivos com a finalidade de promover a reflexão entre os trabalhadores e a consequente avaliação de seus processos de trabalho, utilizando-se da aprendizagem significativa e da problematização na busca de uma transformação de práticas de saúde e educação (PEDUZZI et. al., 2009). A metodologia da problematização é uma metodologia de trabalho e de ensino, podendo ser utilizada sempre que os temas estejam relacionados com a vida em sociedade (BERBEL, 2011).

A relação existente entre a PNEPS e o trabalho é evidente, pois a Política apresenta o trabalho como eixo estruturante, disponibilizando uma metodologia de formação nos ambientes de trabalho em saúde, considerando as realidades e necessidades apresentadas, seja pela população ou pelos usuários e comunidade, com vistas a transformação do mesmo.



## 2.4 TRABALHO E EDUCAÇÃO NA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

A categoria trabalho se faz presente nas políticas sociais existentes e é definida como o exercício de uma “atividade vital, capaz de plasmar a própria produção e a reprodução da humanidade, uma vez que é o ato responsável pela criação dos bens materiais simbólicos socialmente necessários para a sobrevivência da sociedade” (ANTUNES, 2011, p. 432-433). Neste contexto, no trabalho em saúde pode se visualizar diferentes maneiras de vínculos empregatícios e as suas relações com a produção, estando presentes as empresas médicas, trabalhadores autônomos, assalariados, servidores públicos e privados, funcionários estatutários, os regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), terceirizados ou ainda trabalhadores com precário vínculo, não sendo contemplados por nenhuma legislação e trabalhando de maneira informal (ASSUNÇÃO, 2011).

Mesmo sendo característico o trabalho coletivo na área da saúde, as relações existentes entre as diversas profissões não necessariamente são harmoniosas e o conflito mostra-se através das competições de poder ou até mesmo submissões. Consequente a esta situação, a gestão depara-se com a atribuição de manejar a fragmentação existente e a disputa corporativista presente entre as profissões (ASSUNÇÃO, 2011).

Poderia fazer uma comparação desta situação, com o que Marx traz em sua obra, O' Capital (1989), quando analisa o processo de alienação, afirmando que o “trabalhador não reconhece nas suas ações o seu trabalho”. E observar como, em nossa realidade, os trabalhadores acabam por se desinteressar e desresponsabilizar-se pelos resultados finais, uma vez que, realizam somente mecanicamente seu trabalho, às custas de mecanismos coercivos e através do cumprimento de metas estabelecidas também por instâncias superiores.

Baseado nesses enunciados que Hegel e Marx apresentaram em 1844, a sustentar a ideia de trabalho como essência do homem, sendo anunciado como sendo através do trabalho que se define a existência humana. O homem necessita produzir continuamente sua própria existência, diferentemente dos animais, posto que sua existência está garantida pela sua adaptação na natureza. Sendo assim, se estabelece a finalidade do trabalho como sendo o agir sobre a natureza e sua transformação, para neste movimento de transformação e criação, se estabelecer a cultura humana no mundo (CHARLOT, 2004).

O trabalho pode ser definido como “sendo o exercício de uma atividade vital, responsável pela criação de bens materiais e simbólicos considerados para sociedade como necessários para a sobrevivência da mesma” (OFFE; BERGER, 1991, p. 89). Estes autores consideram que as peculiaridades a serem consideradas são: não se desvincular o produto

final do trabalhador que o executou; a inviável normatização, pois a particularidade deve ser considerada e adaptada de maneira criativa pelo trabalhador; o trabalho real raramente será igual ao que fora prescrito; o trabalhador precisa ter certa autonomia relativa para o desenvolver; no setor saúde é exigido certa formação, ao invés de mero executor de tarefas; e por fim, a grande parcela de seu funcionalismo é público.

Como mencionado por Merhy (2002), o trabalho em saúde traz ainda uma característica muito importante, que além de ser peculiar a incorporação de novas tecnologias e equipamentos, estas são classificadas como tecnologias duras; as tecnologias leveduras, que inclui os saberes dos profissionais; ou ainda, as tecnologias leves, que traz as relações presentes entre os profissionais e os usuários nos serviços de saúde, considerado essencial para que se promova um espaço de troca e consequente relação com o desfecho do cuidado em saúde, quando nos referimos em promoção e prevenção de acometimentos em saúde (MERHY, 2002).

As transformações no mundo do trabalho foram evidentes, na década de 1980, nos países de capitalismo avançado na sua forma de inserção ou na sua estrutura produtiva. Mudanças estas, que foram consideradas a maior crise do século para a classe que vive do trabalho. Nesta década foi evidente o grande avanço tecnológico, a automação, a robótica e a microeletrônica no meio de produção fabril e repercutindo nas relações de trabalho e produção do capital. Neste meio, o fordismo e o taylorismo passam a se misturar com outros processos produtivos (neofordismo, neotaylorismo, pós-fordismo), devido a experiências de outros países como Itália e Suécia, e assim, a lógica imposta pelos novos processos da substituição da produção em série e de massa pela flexibilização da produção e a então especialização, buscando sempre adequar à lógica do mercado. Observa-se então a presença do toyotismo nos países capitalistas, tanto na produção e no que diz respeito aos direitos do trabalho, que por sua vez, são desregulamentados e flexibilizados (ANTUNES, 2015).

Autores como Sabel e Piore (1984), contribuem quando apresentam a sua tese de “especialização flexível”, tendo a Itália como modelo, e propondo uma nova forma produtiva que visa articular o desenvolvimento tecnológico e a desconcentração produtiva, tomando por vez empresas de pequeno e médio porte. Este modelo se expande e torna de maneira generalizada uma forma de superação do modelo fordista que imperava até então, ignorando a produção em massa e recuperando a concepção de trabalho, que sendo de maneira flexível garantiria estar isento da alienação e da acumulação de base fordista (SABEL; PIORE, 1984).

Em crítica à esta tese, Clarke (1991), traz argumentos que a especialização flexível não é universalmente aplicável, uma vez que incorpora incoerências ao afirmar a superação do

mercado de massa, mostrando-se incapaz de adequar-se às mudanças econômicas e da relação entre a nova tecnologia com a escala e as formas sociais da produção. Afirma que a especialização flexível acarretou a intensificação do trabalho e conseqüente desqualificação e desorganização do mesmo.

Trazendo a concepção ampliada do fordismo, Clarke (1991), compreende não somente na esfera fabril e tecnológica, mas também nas relações sociais da produção, que a crise atual de reprodução do capital não é simplesmente uma reestruturação pós- fordista. Traz que:

[...] assim como as pressões competitivas vindas de novas formas do fordismo, mais desenvolvidas e mais flexíveis, logo forçaram Ford a introduzir os homens de Pinkerton e o Departamento de Serviço, também os especialistas flexíveis e os especialistas em nichos de mercado já estão sofrendo a pressão de competidores que conseguiram reconciliar as economias de escopo com as economias de escala. [...] A crise do fordismo não é nada de novo; é apenas a mais recente manifestação da crise permanente do capitalismo” (CLARKE, 1991, p. 150).

Diferentemente do fordismo, observa-se que o toyotismo:

[...] pretende atender às exigências mais individualizadas de mercado, garantindo um melhor tempo e uma melhor qualidade; para isso, é preciso um processo de produção flexível, onde um operário opere várias máquinas e permitindo que a ‘polivalência’ no trabalho seja uma qualidade cada vez mais presente e que permita a desespecialização e a polivalência de operários resulte em trabalhadores multifuncionais (CORIAT, 1992, p. 41).

Nesta perspectiva, o trabalho passa a ser desenvolvido em equipe, diferentemente do previsto no fordismo e os operários apresentam-se organizados em equipes e operam um sistema de máquinas automatizadas. A flexibilização está presente não somente no aparato produtivo, mas também, na organização do trabalho, exigindo agilidade na lida com o maquinário, motivo este que poderia ser um entrave para a ampliação do toyotismo, frente a resistência à flexibilização do fordismo (GOUNET, 1992).

A nítida diferença entre a verticalização fordista no toyotismo está presente na horizontalização, reduzindo o âmbito da produção e aderindo à subcontratadas ou “terceiras”, a produção de elementos básicos da produção. Isto mostra também que no sistema toyotista existe uma intensificação da exploração do trabalho, seja pela atuação em diversas máquinas ao mesmo tempo ou pelo simples fato de atuarem através do sistema de luzes (verde= funcionamento normal; laranja= intensidade máxima, e vermelha= há problemas, deve-se reter a produção) que permitem uma intensificação do capital estabelecendo um ritmo de trabalho. As luzes devem então alternar entre o verde e o laranja, garantindo um ritmo intenso de trabalho e de conseqüente produção (GOUNET, 1992).

Posto isso, se pode relacionar com a realidade do trabalho em saúde, onde se preconiza o trabalho em equipe, para um melhor atendimento da demanda que se apresenta; no entanto, partindo-se de um modelo de produção toyotista, onde se observa a intensificação da exploração no trabalho, e o que se analisa é simplesmente a produção da equipe envolvida, pode-se relacionar com a diminuição da “porosidade” no trabalho. Marx (1983), faz uma reflexão a respeito dos poros no interior da jornada de trabalho; estes que podem ser vedados no momento em que o trabalhador passa a executar o dia todo uma única operação, ou seja, produz durante a jornada de trabalho uma única tarefa várias vezes; aumentando a produtividade e conseqüente intensidade de trabalho, garantindo uma diminuição do dispêndio improdutivo da força de trabalho. Na saúde se observa uma lógica centrada na produção mensurada em procedimentos realizados pelos profissionais, que utilizam da divisão do trabalho entre os profissionais e a execução restrita de suas atribuições, de maneira repetitiva e que reverberam no aumento do atendimento da demanda, e assim, permitem que o modelo de atenção tecnicista e distante da realidade dos sujeitos inseridos em uma determinada realidade seja perpetuado:

Um artesão que executa, um após o outro, os diversos processos parciais da produção de uma obra, é obrigado a mudar ora de lugar, ora de instrumentos. A passagem de uma operação para outra interrompe o fluxo de seu trabalho e forma em certa medida poros em sua jornada de trabalho (MARX, 1983. Vol. 1, cap. XII).

Outro ponto a se considerar no toyotismo é que para se garantir a devida flexibilização do aparato produtivo, é essencial que seja garantida a flexibilização dos trabalhadores envolvidos, o que afeta os seus direitos trabalhistas. A produção se estrutura em um número mínimo de profissionais, que se amplia através de horas extras, trabalhadores de regime temporário ou através de subcontratações, tudo dependendo do mercado. E assim Gounet sintetiza:

O toyotismo é uma resposta à crise do fordismo dos anos 1970. Em vez do trabalho desqualificado, o operário torna-se polivalente; ao invés da linha individualizada, ele se integra em uma equipe; ao invés de produzir veículos em massa para pessoas que não conhece, ele fabrica um elemento de satisfação. [...] Em síntese, com o toyotismo, parece desaparecer o trabalho repetitivo, ultra simples, desmotivante e embrutecedor. Finalmente, estamos na fase do enriquecimento das tarefas, da satisfação do consumidor, do controle de qualidade (GOUNET, 1991, p. 43).

No universo do trabalho no capitalismo contemporâneo pode-se verificar a desproletarização do trabalho industrial fabril, nos países de capitalismo avançado, ou seja, acabou havendo uma diminuição da classe operária tradicional; no entanto houve um aumento

do trabalho assalariado e assim, uma heterogeneização do trabalho e a presença feminina nestes espaços. Na área da saúde fica evidente a presença da população feminina em maior contingente, mas se observa também a subproletarização, sendo muito presente a precariedade, subcontratação e a “terceirização” nas contratações dos profissionais, marca clara da sociedade de capitalismo avançado (ANTUNES, 2015).

Ainda neste contexto de transformação fica evidente a expansão do desemprego estrutural, onde de um lado se reduz o operariado industrial e fabril e de outro se aumenta o subproletariado, o trabalho precário e o assalariamento podendo ser observado a heterogeneização, a fragmentação e a complexificação da classe trabalhadora que surge. A exemplo da desproletarização, na França em 1962, o contingente de operários era de 7,488 milhões (representava 39% da população ativa); já em 1975, chegou a 8,118 milhões e em 1989 reduziu para 7,121 milhões. Isto se atribui ao quadro recessivo e também a automação, robótica e microeletrônica que surgem e em consequência geram o desemprego estrutural. O que fica evidente nos países de capitalismo avançado é o decréscimo de empregos em tempo completo associado a um aumento das formas de subproletarização, fazendo crescer o número de trabalhadores parciais, precários, temporários, subcontratados entre outras formas de contratação e precarização do trabalho (ANTUNES, 2015).

As mudanças que a classe trabalhadora vem enfrentando é evidente nos países centrais e no Brasil isto tornou-se comum, afinal a intensidade de força de trabalho encontra-se em trabalhos considerados temporários e parciais. No Brasil, durante a década de 1990, os processos de desregulamentações no mundo do trabalho se intensificam, em decorrência da reestruturação produtiva na indústrias e serviços, em vista a nova divisão internacional do trabalho. Toda a necessidade de elevar a produção no país neste período se apresenta através da reorganização sóciotécnica da produção, da diminuição no quantitativo de profissionais, da intensificação da jornada de trabalho, no surgimento doo CCQs (Círculos de Controle de Qualidade) e do sistema de produção *just-in-time* e *kanban*, além de outras medidas que visavam um toyotismo flexibilizado (ANTUNES, 2015).

A PNEPS tem o trabalho em seu eixo central, com vistas a transformação da realidade. No entanto, para Marx a relação educação e trabalho foi considerada como dialética, tendo pontos positivos e negativos e que dependia do seu contexto histórico-social em que se apresentava. Para Marx, o trabalho é elemento essencial das relações e se constitui elemento de transformação humana, mas mesmo assim, carrega em si a negatividade com a alienação, e o homem se desumaniza e aparece a “coisificação” nas suas relações sociais (MARX, 1983).

Analisando a teoria da PNEPS, pode se observar certa oposição às ideias marxistas sobre a alienação no trabalho frente ao capital, pois a política traz positividade na relação educação e trabalho, considerando a transformação das práticas dos profissionais e da organização do trabalho, o que se diferencia do que Marx (1989) defendia, do trabalho ser uma impossibilidade de ser educativo no sistema capitalista.

No contexto da educação, Marx (1983) afirmou ser parte da superestrutura com a função de controle utilizada pela classe dominante. Sendo assim, o que era ensinado nas escolas à classe de trabalhadores ou proletários, criava uma falsa consciência que os impediam de perceber os interesses de sua classe e que deveria partir de uma localização sujeito-objeto como um eixo central e percebendo como estes se relacionam com o ambiente. Marx criticava a educação oferecida pelo Estado burguês capitalista, baseado na distinção de classes. Defendia uma educação industrial, não como uma vocação somente, mas que as ideias servissem de impacto posterior na educação, por exemplo na educação tecnológica. Para ele, educar era um desafio social e, se fosse utilizado como um instrumento poderia mobilizar a população a mudar a situação atual, alegando ser necessário superar a sociedade voltada à produção que ignora a natureza humana e sua história, defendendo assim, uma educação igualitária e baseada em princípios democráticos (GRAMSCI, 1991).

As escolas como parte integrante ao sistema capitalista, somente com uma reforma no sistema político e econômico que o ensino poderá ter algum efeito na emancipação do menos favorecidos. Assim sendo, Marx propõe uma prática educacional transformadora e onde a escola teria um duplo papel: o de desmascarar as relações sociais de dominação e exploração presentes no capitalismo; e o outro seria, lutar pela abolição das desigualdades sociais e a dominação de classes (GRAMSCI, 1991). No entanto, em nosso país, estes princípios não são utilizados, uma vez que, o modelo de educação é altamente exclusivo, discriminatório, onde a classe dominante é que tem chances de alcançar uma melhor posição social.

Em relação a metodologia da EPS, podemos considerar as metodologias ativas de Berbel (2011), baseadas na forma a qual se transcorre o processo de aprendizagem, garantindo o uso de experiências prévias com vistas a solucionar os desafios envolvidos na prática social. Neste contexto, Paulo Freire (1996) também sustenta que a educação se dá quando se desafia alguém a resolver problemas e a construir o conhecimento, fazendo uso de sua bagagem de experiências de vida.

Assim sendo a EP pode ser considerada uma ferramenta para qualificação do trabalho em equipe. Mas o que se deve considerar é que há diferenças entre capacitação e educação permanente, pois nem toda a ação da primeira está entrelaçada com a segunda e mesmo que

toda capacitação tenha objetivo de qualificar os processos de trabalho, nem sempre terá a finalidade ou funcionará como estratégia para mudança institucional, que é parte integrante da educação permanente (BRASIL, 2009). As práticas educativas de educação continuada não conseguem responder ao dinamismo e as incertezas de um contexto e que exige profissionais críticos e reflexivos para complexidade do cuidar em saúde (GIGANTE; CAMPOS, 2016).

As diversas terminologias ocuparam o cotidiano dos serviços de saúde, onde os termos educação continuada (EC) e educação permanente em saúde (EPS), que mesmo com diferenças, convivem em um mesmo espaço e, por vezes, são utilizados como sendo sinônimos. Na literatura existem contribuições de que a EC é considerada um processo mais amplo, que engloba a educação formal e informal, com objetivo de desenvolver o profissional, através de um processo de aquisição sequencial e acumulativa de informações técnico-científicas (PASCHOAL et al., 2007; DAVIM et al., 1999; BRASIL, 2009).

A EC relaciona-se com a educação formal, que preza sempre pelo aperfeiçoamento profissional, não interessando se este corresponde às necessidades advindas da organização do trabalho, nem se a qualifica ou visa modificar os processos cotidianos de trabalho. Portanto a EC trata de uma formação sem um contexto político, o que já pode-se observar dentro da PNEPS, que visa atender aos propósitos da Constituição Federal de 1988 (FERNANDES, 2009).

Deve reconhecer que nos últimos anos vem se utilizando o termo educação permanente em muitos espaços e das mais diversas formas e categorias. O real entendimento e consequente uso do termo destaca como sendo algo ainda não valorizado o suficiente, em termos de formação profissional, ou ainda, de uma revalorização do movimento da educação permanente dos anos 1970, com uma roupagem tecida pelos ideários neoliberais (CHARLOT, 2004).

O que se pode observar nas falas e argumentos de muitas pessoas é de que educação permanente estaria associada a toda e qualquer aprendizagem estabelecida ao longo da vida de um indivíduo, sendo assim, em foco a terminologia apresentada, de que a educação e formação não pode se restringir a determinada etapa da vida, sendo um processo contínuo na vida das pessoas (CHARLOT, 2004).

Frente a muitos desafios, a educação permanente surge com o propósito de se permitir espaços coletivos de discussão dos processos de trabalho das equipes, oportunizando aos envolvidos uma verdadeira reflexão do seu cotidiano de trabalho considerando suas frustrações, inquietações, afetos, desconfortos, entre outros sentimentos envolvidos no seu dia a dia que desconfortam e mobilizam à mudança e a novos desafios (FIOCRUZ, 2005).

Com vistas à aplicabilidade da EP nos serviços de saúde se faz necessário realizar uma análise do problema, sendo considerado que grande parte do empenho para se alcançar a aprendizagem se dá por meio de capacitações, isto é, ações pontuais e planejadas com intuito de aprimorar o conhecimento, práticas e habilidades que devido a dinâmica das instituições não se permite de outra maneira. No entanto, deve-se considerar a EP para além de capacitações baseadas em um “modelo escolar”, no qual a metodologia é de transmissão do conhecimento técnico de um indivíduo experiente aos demais que recebem a informação e devem modificar suas práticas após serem capacitados. Diante disso a EP busca a problematização do “próprio fazer pelos trabalhadores; a colocação das pessoas como atores reflexivos da prática e construtores do conhecimento e de alternativas de ação, ao invés de seus receptores [...]” (BRASIL, 2009, p.44).

A EPS nos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS), em especial a Estratégia de Saúde da Família, iniciada no Brasil em 1993 e regulamentada pelo Ministério da Saúde em 1994, tem a finalidade de se aprimorar a forma tradicional de assistência à saúde, deixando de ser centrado no indivíduo e na sua doença para ser do coletivo, tornando assim a família o espaço de atuação (ANDRADE et al., 2016). Antes disso, o modelo de saúde proposto era de apenas ausência de doença, com práticas clientelistas e de caráter curativo, sendo a oferta concentrada nas demandas do indivíduo, não considerando as particularidades da realidade local (PAIM, 2008).

Neste contexto, quando se fala em transformação das práticas de saúde considera-se as modificações que se fazem necessárias no campo da atenção e gestão da saúde. Essas preconizam a ampliação do acesso com qualidade às ações, assim como a ampliação do processo de co-responsabilização entre os trabalhadores, gestores e usuários. Para as equipes de Atenção Primária à Saúde a gestão compartilhada vem com a finalidade de organizar as ações do grupo estabelecendo assim coerência entre objetivos e meios. A responsabilização compartilhada entre profissionais de saúde e os usuários dos serviços busca contribuir para a integralidade do cuidado à saúde, em especial, a ampliação da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários (CAMPOS; GUERRERO, 2013).

A educação precisa garantir uma visão do todo, de que exista uma interdependência entre as profissões da saúde e demais áreas, construindo assim, uma rede de mudanças sociais individual e coletiva. Os processos educativos devem promover uma articulação do saber fazer e o saber científico como pertencentes aos processos de trabalho das equipes superando



assim o padrão das práticas diárias e o errôneo entendimento de que existe uma divisão entre a prática e a teoria (BRASIL, 2014).

Através da EPS se pretende que os processos educativos evoluam para além de uma simples consequência de aquisição de conhecimento e habilidades, mas sim, permitam o enfrentamento do real problema de fragmentação das ações e serviços de saúde e permita um desenvolvimento das potencialidades, sejam elas individuais ou coletivas, aprimorando assim os processos de trabalho. Utiliza-se da problematização das situações reais experienciadas coletivamente para se pensar em aprendizagem, sempre considerando o “desacomodar” como estratégia de crescimento coletivo e para tal a construção da autonomia dos sujeitos e das equipes de saúde. Esta metodologia da problematização vai além de uma abordagem educativa, porque ela é uma postura educacional crítica sobre os elementos vivenciados pelos sujeitos do processo na realidade, assim como deve considerar que os problemas do cotidiano são janelas de oportunidades para a construção de hipóteses que busquem soluções factíveis (BRASIL, 2014).

Alguns conceitos são importantes para que se possa compreender a relação educação na/em saúde, como por exemplo, a educação em saúde, que parte de um processo educativo de construção do conhecimento em saúde que visa à apropriação temática pela população e não a profissionalização ou à carreira na saúde. Esta visa uma maior autonomia das pessoas no seu cuidado e no debate com os profissionais e gestores a fim da resolutividade de suas demandas, e isto é visto através do exercício do controle social nas políticas de saúde e no incentivo à gestão social da saúde (BRASIL, 2009).

Assim como a educação na saúde, que envolve a produção e sistematização de conhecimento referentes à formação e ao desenvolvimento para atuação na saúde, envolvendo as práticas de ensino, diretrizes didáticas e orientação curricular (BRASIL, 2009a).

Posto isso, uma proposta da educação para a área da saúde, considerando a PNEPS, propõe estabelecer um conceito ampliado de saúde, já apresentado na Constituição Federal e na Lei Orgânica 8080/90. A saúde não somente como a ausência de doença, mas sim, como um conjunto de aspectos que promovem a qualidade de vida, considerando a subjetividade e o reconhecimento de coletividade dos sujeitos.

Problematizar a educação permanente a partir de processo de trabalho é entender que os saberes dos profissionais envolvidos são de extrema relevância para a qualificação da assistência e, aliado a isso, para a melhoria das condições de trabalho em saúde. Assim podemos refletir acerca das tendências pedagógicas que se apresentam, como sugerido por Piaget (1973), a pedagogia renovada, que traz como princípio a valorização do indivíduo

como ser livre e social e no qual o essencial é aprender a aprender, ou seja, o importante é o processo de aprendizagem que se experiencia nos processos de trabalho das equipes de saúde. Outra tendência seriam as pedagogias críticas, voltadas a transformar a realidade e assim superar as desigualdades sociais que se apresentam, podendo ser destacada a pedagogia libertadora ou de problematização, conforme sugeridas por Freire (1980), na qual, professores e alunos vivenciam a realidade e sua aprendizagem é relacionada aos aspectos significativos deste contexto com os atores envolvidos, e assim, a superação dos conflitos como sendo natural ao processo de aprendizagem do grupo (TORRES et al, 2009).

A Educação Permanente em Saúde no SUS se apresenta de maneira muito abrangente, pois pode ser compreendida como modo de atenção, estratégia político-pedagógica, componente do eixo da estratégia administrativa e de participação social. Esta concepção se amplia junto aos profissionais, quando se considera como um espaço de atuação crítico-reflexiva, propositiva, aliada socialmente aos trabalhadores, com vistas a incorporação de propostas que deem conta da demanda que se apresenta em seus cotidianos de trabalho e que promovam a formação para o SUS, preconizada na legislação.

As mudanças que ocorreram na gestão federal do setor saúde destacaram a importância da valorização da formação e desenvolvimento dos trabalhadores do setor. Nesta perspectiva, em 2003, se criou a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), com vistas a formular políticas públicas com referência ao trabalho e a educação na saúde. A PNEPS foi proposta pelo Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES), que tem como responsabilidade:

[...] o Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES) é responsável pela proposição e formulação das políticas relativas à formação, ao desenvolvimento profissional e à educação permanente dos trabalhadores da saúde em todos os níveis de escolaridade; à capacitação de profissionais de outras áreas da saúde, dos movimentos sociais e da população, para favorecer a articulação intersetorial, incentivar a participação e o controle social no setor da saúde; à interação com a escola básica no tocante aos conhecimentos sobre saúde para a formação da consciência sanitária. Responsabiliza-se, também, pela cooperação técnica, financeira e operacional com os estados e municípios, instituições formadoras, organizações de educação popular em saúde dos movimentos sociais e outras entidades envolvidas com formação, desenvolvimento profissional, educação permanente e educação popular em saúde (BRASIL, 2004b, p. 6).

O processo de formação dos trabalhadores da saúde pode ser observado com a criação do Programa de Saúde da Família, com a criação dos Polos de Capacitação Permanente em Saúde da Família, em Instituições Federais de Ensino Superior, com vistas a capacitar as

equipes com uma perspectiva de mudança do modelo de atenção. Estes Polos objetivavam ofertar cursos de aperfeiçoamento e especialização aos gestores municipais de saúde para a formação de trabalhadores que se atuavam nas equipes do Programa de Saúde da Família. Conjunto a isso, as universidades envolviam-se, através de editais, para ofertar cursos às equipes de Saúde da Família (TORRES et al., 2009).

Sendo entendido como uma necessidade de estarem presentes todos os atores envolvidos no processo de saúde, os Polos de Educação Permanente em Saúde, na qual estavam os gestores, trabalhadores, usuários, docentes e discentes de cursos na área da saúde; que se utilizou de rodas de gestão dos Colegiados de Gestão e Conselhos Gestores, para planejar, implementar e avaliar as ações de todos envolvidos no processo (BRASIL, 2004b). A execução desta maneira, possibilitou que se ampliasse a todas as complexidades e conforme a demanda apresentada da região, não ficando também restrito às ofertas das instituições formadoras aos gestores, mas sim discussões nos Colegiados de Gestão a partir das necessidades locais. Assim sendo, entre 2004 e 2005, criaram-se 105 Polos de EPS, com vistas a reunir os envolvidos para refletir acerca da formação em saúde em regiões específicas e com necessidades e equipes particulares (CECCIM, 2005).

No entanto, a participação não estava realizando-se de forma mais efetiva dos gestores, trabalhadores e usuários do SUS neste processo, assim como as realidades locais não eram contempladas e visualizava-se então um cenário em que poucas universidades detinham a concorrência para estar formando profissionais e sem considerar as diversidades das regiões no país. E ainda, não era incentivado desenvolver as instituições locais dos municípios, assim como os cursos eram restritos à atenção básica (TORRES et al., 2009).

A PNEPS preconiza que os municípios se responsabilizem pela educação permanente em saúde, considerando as especificidades locais e conseqüente investigação dos processos relativos à gestão da EPS, tendo a problematização dos processos de trabalho como instrumento e destacando pontos positivos e que ainda pode se modificar com vistas ao funcionamento do SUS e no atendimento à demanda que se apresenta (PERES et al., 2016).

De acordo com Franco (2007), os investimentos em educação para a saúde não vêm sendo revertidos em reais mudanças nas práticas dos serviços de saúde, mesmo com consideradas quantias aplicadas:

De um lado, muitos investimentos institucionais historicamente disparados a partir do Ministério da Saúde, que efetivamente possibilita-nos notar o desejo de operar processos educacionais eficazes no atributo de transferir tecnologias de cuidado aos trabalhadores do SUS, de outro lado, o baixo impacto desses mesmos programas de educação para o setor da saúde nos

processos produtivos, isto é, na prática cotidiana de produção de cuidado (FRANCO, 2007, p. 429).

Contudo se considera a importância da educação permanente frente as políticas sociais, sendo ela indispensável para uma construção de um projeto societário, ou seja, coletivos e historicamente construídos, que prime por um Estado que garanta políticas, programas e serviços sociais de direitos aos cidadãos (NETTO, 2006). A EPS também visa construir uma nova roupagem a gestão, considerando reorganização do trabalho na gestão, na atenção e no controle social, de maneira coletiva.

Enfim, sabe-se que a EPS, enquanto uma política, visa a construção de uma rede de ensino aprendizagem, e para tal, é esperado que as instituições formadoras se responsabilizem, monitorem e acompanhem o processo de formação dos profissionais de saúde, relacionando a sua formação para o perfil que se faz necessário ao sistema de saúde do país. Assim sendo, idealiza-se que os currículos de cursos de graduação na área da saúde sejam compatíveis para esta finalidade, para então se fazer cumprir as normas e diretrizes do SUS, formando profissionais capazes de atuar na realidade do sistema com foco na integralidade do cuidado (BRASIL, 2009; CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

A base da educação permanente é o ensino problematizador e a aprendizagem significativa de Paulo Freire, sendo então contrária à aprendizagem mecânica e tradicional, fortalecendo a importância da troca de saberes e a desacomodação vigente; para se garantir um estado ativo de indagações e questionamentos, sempre tencionando o saber prévio e o que se este construindo.

Na educação, a denominada pedagogia libertadora, segundo Paulo Freire em sua obra *A Pedagogia do Oprimido* (1996), tem por objetivo a libertação dos oprimidos frente aos opressores, com um enfoque de transformação de um ser passivo em um ser reflexivo, transformando a sua realidade e a dos outros, permitindo com que um ser compreenda a sua importância para a humanidade. O que o autor aborda é a liberdade, referindo que no cotidiano todas as pessoas são livres, direito esse garantido por Lei, entretanto para Freire, além de as pessoas não serem livres, elas têm medo da liberdade, liberdade de pensamento e de consciência:

Raro, porém, é o que manifesta explicitamente este receio da liberdade. Sua tendência é, antes, camuflá-lo, num jogo manhoso, ainda que, às vezes, inconsciente. Jogo artificioso de palavras em que aparece ou pretende aparecer como o que defende a liberdade e não como o que a teme. (FREIRE, 1987, p. 24).

A caracterização dos termos opressores e oprimidos, foi contemplado na obra *Pedagogia do Oprimido*, onde para o autor, opressores são àqueles que oprimem e oprimidos o que sofrem a opressão, assim como, dentro de cada pessoa existe um opressor. Portanto, para que seja efetivada a chamada pedagogia da libertação se faz necessário que o oprimido tome consciência que existe um opressor dentro de si e que ao deixar de ser um oprimido não se tornar um opressor, ou seja,

O grande problema está em como os oprimidos, que “hospedam” o opressor em si, participar da elaboração, como seres duplos, inautênticos, da pedagogia de sua libertação. Somente na medida em que se descubram “hospedeiros” do opressor poderão contribuir para o partejamento de sua pedagogia libertadora. Enquanto vivam a dualidade na qual ser é parecer e parecer é parecer com opressor, é impossível fazê-lo. A pedagogia do oprimido que não pode ser elaborada pelos opressores, é um dos instrumentos para esta descoberta crítica – a dos oprimidos por si mesmos. (FREIRE, 1987, p. 24).

O conceito de educação como instrumento de opressão, caracteriza o método tradicional do processo de ensino aprendizagem, onde o professor é aquele que detêm o conhecimento e o aluno aquele que recebe esse conhecimento pronto e acabado. Para Paulo Freire, o predomínio neste processo apenas da oralidade, atribui aos alunos a única tarefa de escutar para decorar e futuramente reproduzir o fora dito, sem associações de significados para ele. Neste processo os alunos são considerados meras “vasilhas” ou “depósitos” que são “enchidos” pelos educadores. “Dessa maneira, a educação se torna um ato de depositar, em que os educandos são os “depósitos” e o educador o depositante” (FREIRE, 1987, p. 58).

Assim, o autor denominou com o termo educação bancária toda e qualquer educação que torna do aluno um arquivo de conhecimentos, sem questionamentos para tal:

Educador e educandos se arquivam na medida em que, nesta distorcida visão da educação, não há criatividade, não há transformação, não há saber. Só existe saber na invenção, na reinvenção, na busca inquieta, impaciente, permanente, que os homens fazem no mundo, com o mundo e com os outros. (FREIRE, 1987, p. 58).

Na perspectiva da chamada educação bancária, os que se julgam sábios acabam por doar os seus conhecimentos para àqueles que não sabem de nada. Consequente a este ato, os educadores se mantem como opressores, pois eles possuem o conhecimento que será transmitido aos educandos, que permanecerão como oprimidos, pois não lhes é permitido a interação com o que lhe é transmitido. E com o passar do tempo, quando a educação bancária

se fizer mais presente na vida dos educandos, estes por sua vez, ficarão mais desestimulados e passivos frente aos comandos dos professores.

O autor defende que em meio a todo este cenário, existe a possibilidade de o homem se rebelar, pois, este é um ser pensante e que pode lutar pela sua liberdade. Sendo assim, Paulo Freire conceitua a chamada educação libertadora, como a busca da educação do homem na ação e reflexão sobre o mundo. Processo este denominado de educação problematizadora, onde se acredita na capacidade de interação com o conhecimento, de maneira crítica. Nas palavras do autor:

[...] a educação libertadora, problematizadora, já não pode ser o ato de depositar, ou de narrar, ou de transferir, ou de transmitir “conhecimentos” e valores aos educandos, meros pacientes, à maneira da educação “bancária”, mas um ato cognoscente. (FREIRE, 1987, p. 68) (grifos do autor).

A superação da educação bancária só será possível, segundo o autor, quando a educação se tornar dialógica, ou seja, quando houver a troca entre o educando e o educador, com vistas a uma educação libertadora. Portanto o diálogo é a ferramenta para que a pedagogia libertadora se faça presente, pois através dela que surgirão as chamadas “palavras”, estas que o autor nomeia de “palavras verdadeiras” que irão promover a real mudança no mundo e do próprio mundo de forma dialógica e reflexiva com a intenção em mudar a realidade: “Não é no silêncio que os homens se fazem, mas na palavra, no trabalho, na ação-reflexão” (FREIRE, 1987, p. 78).

Somente através do diálogo que a mudança acontece, e este deve começar a partir do momento em que se escolhe um tema gerador, que esteja presente na realidade dos educandos e assim todos os envolvidos devem se posicionar: “Será a partir da situação presente, existencial, concreta, refletindo o conjunto de aspirações do povo, que poderemos organizar o conteúdo programático da educação ou da ação política” (FREIRE, 1987, p. 86).

### 3 PERCURSO METODOLÓGICO

Este capítulo apresenta a metodologia empregada na pesquisa, com os caminhos percorridos para o desenvolvimento do estudo.

Para a elaboração da pesquisa e com vistas a responder os objetivos do estudo, optou-se por uma pesquisa exploratória do tipo revisão integrativa (RI) da literatura científica para se conhecer as publicações sobre EPS no Brasil, no período de 2004 a 2018, a partir das categorias: Atenção Primária à Saúde, Educação Permanente em Saúde e Trabalho. A RI vem apresentando notável presença na área da enfermagem nos últimos anos, o que parece estar associada à tendência de compreender o cuidado em saúde, como algo complexo e multidisciplinar. De outro modo, se entende que pode ser uma rica contribuição às pesquisas no Programa de Mestrado de Política Social e Serviço Social.

A pesquisa caracteriza-se como sendo um conjunto de processos sistemáticos, empíricos e críticos aplicados no estudo de determinado fenômeno (SAMPIERI, 2013). Esta define-se como sendo um processo racional e sistemático, com vistas, a proporcionar respostas aos problemas propostos. A mesma é requerida quando não se dispõe de informações suficientes para responder a determinado problema, ou ainda quando a informação disponível não pode ser associada a determinado problema, devido ao seu estado de desordem (GIL, 2010).

#### 3.1 PROBLEMA DE PESQUISA, QUESTÕES NORTEADORAS E OBJETIVOS

O primeiro pressuposto para a realização da pesquisa foi o surgimento de um questionamento iniciado no percurso da graduação e presente no cotidiano profissional da mestrandia a respeito da Educação Permanente em Saúde na Atenção Primária. Considerando as orientações e prerrogativas da Política de Educação Permanente em saúde a serem desenvolvidas nos serviços de saúde, foi elaborado o seguinte problema de pesquisa: Como vem sendo compreendida e desenvolvida a metodologia da Educação Permanente para a qualificação dos processos de trabalho nos serviços de Atenção Primária à Saúde dos brasileiros?

Em consequência desta problematização foi elaborado o objetivo geral para este estudo, qual seja: Desenvolver uma Revisão Integrativa nas produções científicas resultantes de pesquisas qualitativas sobre Educação Permanente em Saúde na Atenção Primária no âmbito nacional, para analisar a aplicação da sua metodologia na realidade brasileira, visando contribuir no processo de elaboração e sistematização de políticas no âmbito em saúde pública.

A partir do objeto de pesquisa, se formulou as seguintes questões norteadoras, que constituem um fio condutor inicial da investigação (QUIVY; CAMPENHOUDT, 1998): a) que produções científicas existem sobre Educação Permanente em Saúde na Atenção Primária à Saúde nacional, que tragam experiências brasileiras, a partir de 2004 até o segundo trimestre de 2018; b) como se expressa a Educação Permanente na Atenção Primária à Saúde nas experiências brasileira; c) quais são os aspectos facilitadores e dificultadores para que a Educação Permanente seja colocada em prática.

Para cada uma das questões norteadoras, foi elaborado um objetivo específico, conforme apresentado no Quadro de nº 1 a seguir, que procurou contemplar o objetivo geral apresentado anteriormente. São eles: a) Identificar as pesquisas sobre Educação Permanente em Saúde na Atenção Primária à Saúde; b) Sintetizar as expressões da Educação Permanente em Saúde na Atenção Primária à Saúde na produção acadêmica; c) Analisar os aspectos que facilitam e dificultam o desenvolvimento da Educação Permanente em Saúde.

Quadro 1- Questões norteadoras e os objetivos específicos

	Questões Norteadoras	Objetivos específicos
a)	Que produções científicas existem sobre Educação Permanente em Saúde na Atenção Primária à Saúde nacional, que tragam experiências brasileiras, a partir de 2004 até o segundo trimestre de 2018?	Identificar as pesquisas sobre Educação Permanente em Saúde na Atenção Primária à Saúde.
b)	Como se expressa a Educação Permanente na Atenção Primária à Saúde nas experiências brasileiras?	Sintetizar as expressões da Educação Permanente em Saúde na Atenção Primária à Saúde na produção acadêmica.
c)	Quais são os aspectos facilitadores e dificultadores para que a Educação	Analisar os aspectos que facilitam e dificultam o desenvolvimento da



	Permanente em Saúde seja colocada em prática	Educação Permanente em Saúde.
--	--	-------------------------------

Fonte: Sistematização da autora

### 3.2 REVISÃO INTEGRATIVA

O primeiro movimento no desenvolvimento da pesquisa foi o de resgatar na literatura o tema proposto na pesquisa e definição das categorias teóricas elencadas para o embasamento do presente estudo.

As categorias são conceitos utilizados para classificar, sendo então termos que trazem significados atribuídos à realidade pensada pelo ser humano, que classifica a sociedade e os fenômenos que experimenta. Já o cientista, ao contrário, elabora um sistema de categorias, com vistas a encontrar unidade para então atribuir explicações e generalizações para aos fenômenos.

Na visão positivista, as categorias são consideradas “[...] rubricas ou classes que reúnem um grupo de elementos sob um título genérico, agrupamento esse, efetuado em razão dos caracteres comuns desses elementos” (BARDIN, 2016, p.117). O termo categoria, na obra *Introdução à Crítica da Economia Política* Marx (1983), é apresentado como um conceito importante e que atribui sentidos que possibilitam expressar aspectos fundamentais das relações dos seres humanos entre si e com a natureza. No pensamento dialético, as categorias vêm por atravessar o desenvolvimento do conhecimento e da prática social, sendo então construções históricas, por exemplo, consciência de classe, família, trabalho, entre outras que permitem expressar as relações entre os seres.

As categorias analíticas que dão sustentação a essa pesquisa, ou seja, aquelas que retêm historicamente as relações sociais fundamentais e podem ser “consideradas balizas para o conhecimento do objeto nos seus aspectos gerais” (MINAYO, 2014, p. 178), partem de uma análise sobre como se constituem na atualidade o Trabalho, o Trabalho em Saúde e a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) e a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB). Já as categorias operacionais, de maneira contrária, têm por finalidade aproximar-se do objeto de pesquisa, permitindo assim a observação e o trabalho de campo (MINAYO, 2014), quais sejam: Gestão do Trabalho e Metodologias da Educação Permanente em Saúde. Quanto às categorias empíricas estas serão construídas *a posteriori*, a partir da

compreensão do ponto de vista dos sujeitos pesquisados (MINAYO, 2014), portanto, emanam da realidade.

A Revisão Integrativa corresponde a um tipo de revisão bibliográfica que permite sintetizar estudos já publicados, levando à sumarização e à elaboração de conclusões acerca do assunto, com vistas a determinar o conhecimento atual sobre certa temática e contribuindo para o desenvolvimento de políticas, protocolos, procedimentos e pensamento crítico exigidos no cotidiano de trabalho dos profissionais (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

A Revisão Integrativa, desde 1980, é apresentada na literatura como um método de pesquisa e possui seu caráter consolidado e com a característica de incorporar evidências na prática clínica (MENDES *et al.*, 2008). Inicialmente, o revisor determina o objetivo específico, formula os questionamentos a serem respondidos ou hipóteses a serem testadas, após realiza a busca para identificar o maior número de pesquisas primárias relevantes, considerando os critérios de inclusão e exclusão previamente estabelecidos.

Nas últimas duas décadas, no Brasil, observou-se o aumento da oferta de cursos de pós-graduação, e assim, o conseqüente aumento da produção científica no país. Os resultados podem ser vistos das mais diversas formas, através de dissertações de mestrado, teses de doutorado e artigos científicos em inúmeras áreas do conhecimento. A rapidez com que toda a produção é colocada à disposição prejudica o avanço no estudo de determinado objeto de investigação. Sendo assim, estudos que se utilizam de estratégias de revisão, como a Revisão Integrativa, ou o Estado da Arte mostram-se como alternativas viáveis para dar respostas às necessidades de se reconhecer o percurso que vem sendo delineado em um estudo em um campo, uma área ou de um objeto específico de pesquisa.

Com vistas a atingir os objetivos propostos, utilizou-se a Revisão Integrativa da literatura baseado no referencial de Mendes, Silveira e Galvão (2008), a fim de obter o melhor entendimento sobre o tema em questão e referente a estudos anteriores do mesmo. Segundo Mendes, Silveira e Galvão (2008, p.759) “Este método tem a finalidade de reunir e sistematizar resultados de pesquisas sobre um delimitado tema ou questão de maneira sistemática e ordenada, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento do tema investigado”.

O termo integrativa, para Whitemore e Knafl (2005), o “tem origem na integração de opiniões, conceitos ou ideias provenientes das pesquisas utilizadas no método”, ponto esse que “evidencia o potencial para se construir a ciência” (BOTELHO; CUNHA; MACEDO, 2011, p.127).

O método Revisão Integrativa pode ser utilizada nas pesquisas em outras áreas do saber, além da área da saúde e educação, com a capacidade de viabilizar a sistematização do conhecimento científico e permitindo assim, uma maior aproximação do pesquisador à problemática que deseja estudar, com uma visualização organizada e evolutiva da produção científica em relação a determinado tema por um período, e assim, permitir uma visualização de possíveis oportunidades de estudos futuros. Portanto a RI, deve ser escolhida sempre que o desejo do pesquisador seja a síntese do conhecimento científico que já fora produzido até então sobre o tema escolhido ou ainda quando o interesse for de avaliar a pertinência dos procedimentos utilizados na revisão (BOTELHO, CUNHA e MACEDO, 2011, p.133).

A revisão da literatura (RL) requer elaborar uma síntese de diferentes tópicos, permitindo uma compreensão de determinado tema. Através da RL, pode-se identificar lacunas e possibilidades para elaboração de novas pesquisas. No entanto, é importante lembrar que a RL se caracteriza como sendo uma sumarização de achados, a mesma organiza e discute criticamente a respeito de determinado assunto (INGRAM et. al, 2006). Existem muitas maneiras de se realizar uma revisão de literatura, desde uma revisão bibliográfica tradicional, também chamada de narrativa, na qual faz uma busca de um assunto específico na literatura como embasamento de discussões em novos estudos.

Uma RI é uma forma de resumo do que já fora publicado, de pesquisas empíricas ou teóricas, para auxiliar na compreensão mais abrangente de determinado fenômeno particular (BROOME, 2006). Tem por objetivo analisar o conhecimento até então construído, através de pesquisas anteriores e assim, possibilitar uma síntese e conseqüente análise e elaboração de novos conhecimentos (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008; BENEFIELD, 2003; POLIT; BECK, 2006).

A origem do termo “integrativa” está no sentido de integrar conceitos, ideias ou opiniões de estudos anteriores. Whitemore e Knafl (2005), defende que neste sentido se destaca o potencial deste tipo de estudo para se construir a ciência. Segundo os autores, uma RI bem realizada, apresenta o estado da arte sobre determinado tema, permitindo assim no desenvolvimento de teorias. Sendo assim, esta metodologia exige um certo rigor no momento de seleção do banco de dados, uma vez que muitos estudos publicados não deixam caracterizam corretamente e de maneira clara o método utilizado nos estudos.

A RI divide-se em 6 etapas, sendo elas: a 1ª etapa é de identificação do tema e seleção da questão de pesquisa, seria o norte de condução do estudo, deve se incluir definições aprendidas em um primeiro momento, definindo o problema e, de maneira clara o objetiva, a

pergunta de pesquisa (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008). Após a definição da pergunta, os descritores ou palavras-chave devem ser elaborados, para subsidiar a busca dos artigos que compõem o banco de dados (BROOME, 2006).

Na etapa 2, se estabelece os critérios de inclusão e exclusão do estudo, considerando a sua questão inicial de pesquisa (BROOME, 2006). Para Ganong (1987), estes critérios devem estar claros e estarem apresentados no estudo, de maneira objetiva e clara, podendo serem reorganizados no decorrer do processo de busca e construção da base de dados e elaboração do estudo.

No decorrer do estudo, na 3ª etapa, dedica-se a identificação dos estudos pré-selecionados, com uma criteriosa leitura dos títulos, descritores ou palavras-chaves e resumos dos artigos selecionados até então. Realizado este procedimento, o autor elabora um quadro apresentando os artigos incluídos até então. Partindo para 4ª etapa, momento em que se realiza a categorização dos estudos, com vistas a sumarizar e documentar as informações obtidas dos estudos em fases anteriores (BROOME, 2006). Informações como tamanho da amostra, metodologia, teorias e conceitos embasadores são alguns itens a serem considerados (GANONG, 1987). Nesta etapa, deve ser feito uso da chamada matriz de síntese ou, também chamada, matriz de análise que tem por objetivo auxiliar na organização dos dados extraídos para compor a revisão. Tal ferramenta foi popularmente conhecida em 1999, através de Garrard, que a apresentou como um instrumento de auxílio para se evitar erros durante a análise dos artigos selecionados em uma revisão; sendo assim, ela deve conter resumos de texto, memorandos, conotações, informação verbais, e de maneira geral, dispor os dados em consonância com o tema de pesquisa e facilitando a investigação proposta (KLOPPER; LUBBE; RUGBEER, 2007).

A etapa 5 é referente a análise e interpretação dos resultados, sendo o momento de discussão dos textos analisados até então, permitindo ao autor identificar lacunas de conhecimento e assim sugerir temas para futuras pesquisas (GANONG, 1987; MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008). Essa etapa assemelha-se à análise de dados em estudos primários, portanto se faz necessário criar categorias analíticas que facilitem a ordenação e sumarização de cada estudo (BROOME, 2006). Para categorizar e analisar as informações extraídas, diferentes métodos podem ser utilizados, são eles: análises estatísticas, inclusão e exclusão, listagem de variáveis dos estudos que se aproximam do tema de pesquisa e entre outros (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Na 6ª e última etapa, é apresentada a síntese da revisão, onde é elaborado um documento transcrevendo, de maneira criteriosa, as etapas até então percorridas no estudo e trazendo os principais resultados obtidos. Nesta etapa, percebe-se o impacto e a relevância do estudo através dos achados e da construção do conhecimento (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

A coleta de dados da pesquisa realizou-se no segundo semestre de 2017 e foi concluída no primeiro semestre de 2018, quando a mestranda percorreu as etapas propostas por Mendes (2008). O período estabelecido para a busca dos artigos considera a publicação da Portaria nº 198 de 2004, que apresenta a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Foram utilizadas as seguintes bases de dados eletrônicas: no Sistema da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online) no Scientific Eletronic Library Online (SciELO) e no IBECS (Índice Bibliográfico Espanhol das Ciências da Saúde). A busca em publicações internacionais objetivou encontrar pesquisas sobre estudos brasileiros referentes ao tema.

Foram encontrados um total 2.340 artigos científicos correspondentes às palavras-chave utilizadas. Em relação à busca do tema os descritores foram separados quanto à natureza da origem das línguas portuguesa, inglesa e espanhola em função do termo educação permanente, visto que há variabilidade na tradução entre os idiomas. Os descritores definidos foram: educação permanente, educação permanente em saúde, educação continuada, atenção primária, atenção primária à saúde, educação em saúde e saúde e no MeSH (*Medical Subject Headings*): “public health professional education”, “health, Continuing education, permanent education”. Para o levantamento dos artigos foram utilizados os seguintes descritores, considerando variabilidade nas diferentes bases: “Educação Permanente” and “Atenção Primária à Saúde”; “Educação Permanente” and “Educação Permanente em Saúde” and “Atenção Primária” and “Atenção Primária à Saúde”; “Educación continúa” and “Atenção Primária” na base de dados LILACS; “Educação Permanente” and “Atenção Primária”; “Educação Permanente em Saúde” and “Educação Continuada” and “Educação em Saúde”; “Educação Permanente em Saúde”; “Educação Permanente” and “Atenção Primária” and “Atenção Primária à Saúde” and “Educação Continuada”; “Educación Continúa” and “Atención Primaria de Salud” na base de dados SciELO; “Continuing Education” and “Health”; “Permanent Education” and “Primary Health Care”; “Public Health Professional Education” and “Permanent Education” na base de dados MEDLINE; “Educación Continua” and “Atención Primaria de Salud”; “Educación Continua” na base de dados IBECS.

Os critérios de inclusão deste estudo foram: artigos científicos originais e completos, pesquisas qualitativas, indexados em bases de dados, que responderam à questão norteadora, publicados no período de 2004 até o segundo trimestre de 2018, período mais expressivo de debates referentes a PNEPS, em idiomas português, inglês ou espanhol, estudos que se refiram à Atenção Primária no Brasil; que estejam disponíveis na sua íntegra e de forma gratuita e *on line*.

Foram excluídos deste estudo teses de doutorado; dissertações de mestrado; monografias; documentos e anais de eventos.

Para análise dos dados foi utilizado a análise de conteúdo, proposta por Moraes (1999). A análise de conteúdo presume três momentos: a pré-análise; a exploração do material e o tratamento dos resultados e; inferência e interpretação. A pré-análise, que retoma as hipóteses, os objetivos e as questões norteadoras do estudo tendo como base o material coletado nas entrevistas com os sujeitos; a exploração do material, que consiste na leitura dos dados coletados na tentativa de iniciar a compreensão sobre os relatos dos sujeitos, realiza-se recortes das entrevistas, se agrega os dados em categorias estabelecidas. Por fim, se estabelece o tratamento dos resultados obtidos e a interpretação, onde as informações coletadas a partir de leituras exaustivas serão interpretadas e serão estabelecidas as relações do referencial teórico do estudo com os resultados obtidos, para tentar responder aos objetivos (BARDIN, 2016).

Referente aos aspectos éticos, o projeto foi submetido para apreciação da Comissão de Pesquisa do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sendo aprovado em 23/03/2018, com número 34609.

A ética propõe-se a compreender critérios e valores que orientam o julgamento da ação humana em suas mais variadas atividades, em especial as relacionadas ao trabalho e à vida humana. Ética enquanto disciplina, pautada na reflexão crítica sobre o comportamento humano, discute, interpreta, problematiza e investiga princípios e valores. Busca respostas quanto ao que deva ser feito, e não, ao que possa ser feito, considerando as razões de se fazer ou se deixar de fazer algo, aprovar ou não, do que é justo ou injusto (PINTO, 1998).

Ao longo da formação das sociedades, organizações, sindicatos, pessoas, e diversas ocupações sociais, dentre elas a enfermagem, e a classe política acabam por estabelecer formas de conduta que analisam e avaliam as ações consideradas corretas ou não. Nesta reflexão, evidencia-se à ética normativa, que busca respostas quanto ao que devemos fazer, no âmbito do cuidar na enfermagem e na vida humana. O que se pode observar é a ética aplicada para resolução de situações advindas de problemas cotidianos, ou seja, problemas

que surjam na prática diária e que estejam de acordo com a ética normativa. (SOUZA; PRADO, 2005).

O ensino da ética, nas diversas áreas do saber, em especial na saúde não tem acompanhado a ética construída e exercitada considerando as necessidades apresentadas pela sociedade. Na grade curricular de cursos na área da saúde, este assunto ainda é tratado com certa insignificância, sendo apresentado como disciplinas optativas ou através de seminários. Isto ocorre porque na saúde ainda há uma valorização ao ensinar técnicas, ao invés de ética, não considerando a sua inerência ao cotidiano dos profissionais.

A reflexão acerca da ética na saúde, nos permite dar visibilidade a questões de Saúde Pública, contribuindo para o desenvolvimento de políticas de saúde, indo ao encontro dos critérios exclusivamente biologicistas, que acabam por desconsiderar dimensões psicológicas, socioeconômicas e culturais dos indivíduos e de suas comunidades. O que se visualiza é a transposição da racionalidade moderna para a assistência à saúde, compartimentando o sujeito com vistas ao avanço do conhecimento acerca das questões biológicas e suas intervenções, acompanhado de um distanciamento entre profissionais, instituições de saúde e usuários (FORTES, 1997).

Neste contexto foi aprovada uma Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) de nº 564 de 2017, aprovou o novo Código de Ética dos profissionais de enfermagem, dentre eles: enfermeiros, técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem, obstetras e parteiras, e atendentes de enfermagem. Neste documento, o COFEN revisa o Código de Ética dos profissionais, norteado pelos princípios fundamentais considerando a Enfermagem uma ciência, uma arte e uma prática social, sendo indispensável à organização e funcionamento dos serviços de saúde; e tendo como responsabilidade a promoção e restauração da saúde, a prevenção de agravos e doenças e ao alívio do sofrimento; através do cuidado à pessoa, à família e ao coletivo. Sobretudo a estes princípios, traz que o respeito aos direitos humanos é inerente da profissão, incluindo direitos da saúde, à liberdade, à igualdade, à segurança pessoal, à livre escolha, à dignidade e ao tratamento sem distinção de classe social, geração, etnia, cor, crença religiosa, cultura, incapacidade, deficiência, doença, identidade de gênero, orientação sexual, nacionalidade, convicção política, raça ou condição social (COFEN, 2018).

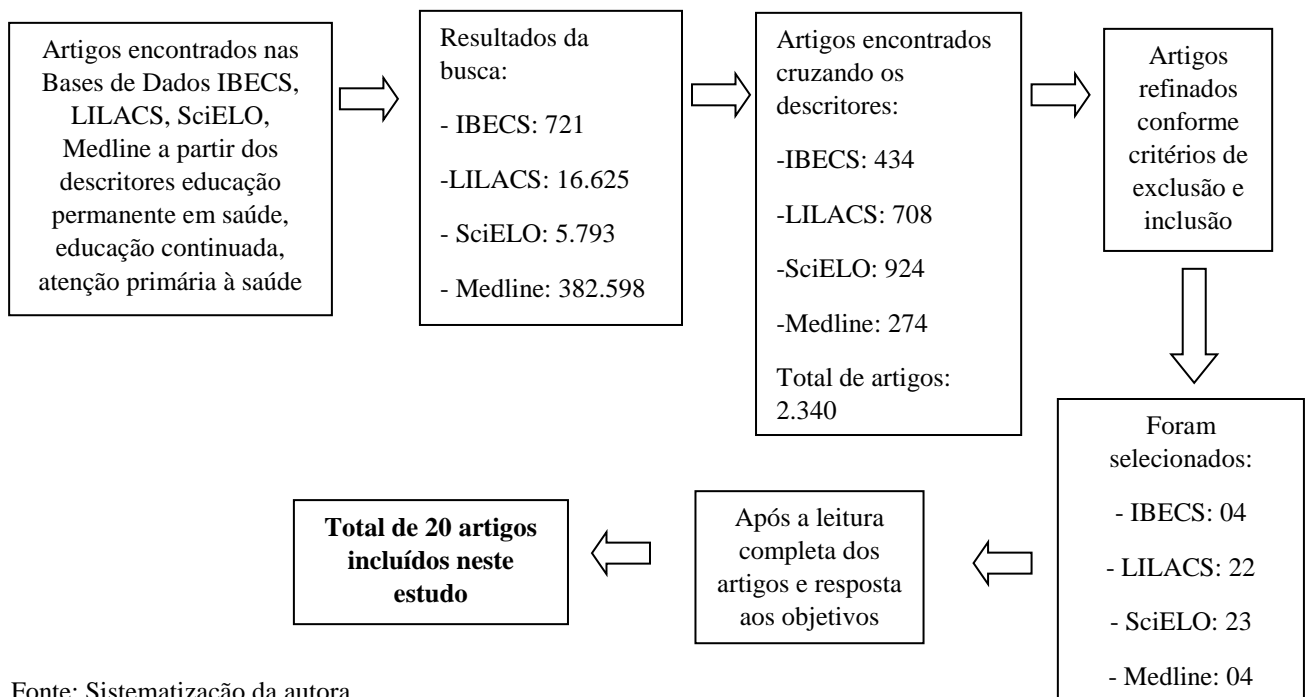
A pesquisa científica é a base de quase totalidade do conhecimento humano; devemos a ela o elevado grau de desenvolvimento tecnológico e científico que podemos observar na atualidade. Em especial na pesquisa em saúde, destaca-se grandes descobertas como de inúmeras vacinas e medicamentos. Em contraponto, as diversas descobertas desfavoráveis aos

seres vivos e ao meio-ambiente, como o exemplo de bombas atômicas, uso de agrotóxicos entre outros, que se busca sempre a reflexão ética frente às pesquisas, sendo esta uma necessidade nas instituições ligadas à ciência (FIOCRUZ, 2018).

Neste ínterim, foram criados os denominados Comitês de Ética, sendo espécies de instâncias de controle social, que visam a regulação das pesquisas que venham a envolver seres humanos ou animais, com vistas a garantia de respeito e prevenção de eventuais danos aos mesmos, dedicando a devida atenção aos projetos que promovam intervenção no meio ambiente (FIOCRUZ, 2018).

A seguir, se apresenta um fluxograma que explicita o percurso na busca dos artigos que compuseram a amostra deste estudo; isso foi feito, inicialmente, através dos descritores, sendo depois aprimorado o trabalho pelos critérios de inclusão e exclusão apresentados anteriormente; e por fim, com a leitura na íntegra dos artigos em resposta aos objetivos propostos neste estudo.

Figura 1 - Fluxograma da busca de artigos nas bases de dados.



Fonte: Sistematização da autora

No Quadro 2 se apresenta o quantitativo de artigos incluídos no estudo e a justificativa associados aos critérios de exclusão.



Quadro 2- Achados da Revisão Integrativa (RI)

Base de Dados	Artigos Encontrados	Excluídos					Incluídos
		Excluídos	Duplicidade	Título	Resumo	Integra	
IBECS	434	434	00	430	00	04	<b>00</b>
LILACS	708	696	19	621	46	12	<b>10</b>
SCIELO	924	911	27	763	109	14	<b>09</b>
MEDLINE	274	273	01	247	22	03	<b>01</b>
<b>Total da Amostra</b>							<b>20</b>

Fonte: Sistematização da autora

Se constata que de uma base de dados não foi possível incluir artigos nesta amostra, pois não contemplaram aos objetivos deste estudo, como foi o caso da base de dados IBECS. Observou-se também que por vezes utilizou-se o termo “educação permanente em saúde” em títulos, no entanto o artigo não versou sobre este tema, não podendo ser incluído na amostra. Constatou-se por fim, que bases de dados Latino Americanas, como LILACS e SciELO, contemplam praticamente a totalidade de artigos incluídos, permitindo compreender o interesse de estudo desta temática de Educação Permanente em Saúde nestes países.

No Quadro 3 se apresentam os descritores utilizados neste estudo e a sua referida base de dados, considerando as variações pertinentes a língua estrangeira utilizada.

Quadro 3- Descritores utilizados neste estudo e a referida Base de Dados

Base de Dados	Descritores
LILACS (Base de dados Latino Americana e Caribe em ciências da saúde)	“Educação permanente”AND“Atenção primária à saúde”
	“Educação permanente” AND “Educação permanente em saúde” AND “atenção primária” AND “Atenção primária à saúde”
	“Educación continúa AND atención primaria de salud”
SCIELO (Base de dados Latino Americana e Caribe em ciências da saúde)	“Educação permanente” AND “atenção primária”
	“Educação permanente em saúde” AND “educação continuada” AND “ educação em saúde”
	“Educação permanente em saúde”
	“Educação permanente” AND “atenção primária” AND “atenção primária à saúde” AND “educação continuada”
MEDLINE (Base de dados Norte americana)	“Educación continúa! AND “atención primaria de salud”
	Continuing education AND “permanent education”
	“permanent education” AND “health”
	“permanent education” AND “primary health care”
IBECS (Base de dados Européia na área de ciências da saúde)	“public health professional education” AND “permanent education”
	“educación continúa” AND “atención primaria de salud”
	“educación continúa”

Fonte: Sistematização da autora

Observa-se que o montante de artigos encontrados na busca utilizando os descritores existentes evidenciou a dificuldade de correspondência do termo comum que contemple o assunto da educação permanente, sendo então excluídos muitos artigos conforme observado no fluxograma já apresentado anteriormente. Observa-se então o uso de termos e descritores que contemplasse a totalidade de estudos com esta temática nas Bases de Dados escolhidas para serem utilizadas neste estudo.

No Quadro 4 estão relacionados todos os artigos incluídos neste estudo, com os títulos organizados por siglas. Esses artigos serão apresentados mais adiante, nos resultados, com o nome dos autores e das revistas em que foram publicados.

Quadro 4 - Artigos incluídos no estudo, apresentado por título e ano de publicação, autoria, no período de 2004 a 2018

<b>Identificação dos artigos</b>			
	<b>Título</b>	<b>Autor - Ano</b>	<b>Revista</b>
A1	Educação permanente com agentes comunitários de saúde: uma proposta de cuidado com crianças asmáticas.	CORIOLOANO et al. (2012)	Revista Trabalho, Educação e Saúde
A2	A educação permanente como possibilidade no diagnóstico precoce da tuberculose.	DUARTE et al. (2011)	Revista Arquivos Catarinenses de Medicina
A3	Educação permanente em alimentação e nutrição na Estratégia de Saúde da Família: encontros e desencontros em municípios brasileiros de grande porte.	RICARDI; SOUSA; (2015)	Revista Ciência & Saúde Coletiva
A4	Educação permanente em saúde na atenção básica: percepção dos gestores municipais de saúde.	SILVA et al. (2017)	Revista Gaúcha de Enfermagem
A5	Educação permanente em saúde: concepções e práticas de enfermeiros de unidades básicas de saúde.	BARTH et al. (2014)	Revista Eletrônica de Enfermagem
A6	Educação no trabalho na atenção primária à saúde: interfaces entre a educação permanente em saúde e o agir comunicativo.	SILVA; PEDUZZI; (2011)	Revista Saúde e Sociedade
A7	Perspectivas dos gestores de uma região do estado de São Paulo sobre a educação permanente em saúde.	MISHIMA et al. (2015)	Revista da Escola de Enfermagem da USP
A8	Percepção dos profissionais de saúde da atenção primária sobre educação permanente em saúde.	CARVALHO; ALMEIDA; BEZERRA; (2016)	Revista Sanare
A9	Educação permanente em saúde segundo os profissionais da gestão de Recife, Pernambuco.	LIMA; ALBUQUERQUE; WENCESLAU; (2014)	Revista Trabalho, Educação e Saúde
A10	Educação permanente nos serviços de saúde: atividades educativas desenvolvidas no estado de Minas Gerais, Brasil.	SENA et al. (2017)	Revista Gaúcha de Enfermagem
A11	Educação permanente e apoio matricial: formação, vivências e prática dos profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e das equipes apoiadas.	JÚNIOR; MOREIRA; (2017)	Cadernos de Saúde Pública
A12	Estratégia de saúde da família e análise da realidade social: subsídios para políticas de promoção da saúde e educação permanente.	TESSER et al. (2011)	Revista Ciência & Saúde Coletiva
A13	Educação permanente no programa de saúde da família: um estudo qualitativo.	COSTA et al. (2010)	Revista Investigación y Educación en Enfermería
A14	Educação permanente em saúde: uma	BARBOSA; FERREIRA;	Revista Gaúcha de Enfermagem

	estratégia para a formação dos agentes comunitários de saúde.	BARBOSA; (2012)	
A15	Educação permanente dos serviços públicos de saúde de Florianópolis, Santa Catarina.	LINO et al. (2009)	Revista Trabalho, Educação e Saúde
A16	Educação permanente com os auxiliares de enfermagem da estratégia saúde da família em Sobral, Ceará.	BALBINO et al. (2010)	Revista Trabalho, Educação e Saúde
A17	Desafios e potencialidades do processo de educação permanente em saúde.	PERES; SILVA; BARBA; (2016)	Revista Trabalho, Educação e Saúde
A18	Avaliação da educação permanente no processo de trabalho em saúde.	SILVA et al. (2016)	Revista Trabalho, Educação e Saúde
A19	Educação permanente no cotidiano das equipes de saúde da família: utopia, intenção ou realidade?	BOMFIM et al. (2017)	Revista Online de Pesquisa da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto
A20	Processo de trabalho em unidade de saúde da família e a educação permanente.	ANDRADE et al. (2016)	Revista Trabalho, Educação e Saúde

Fonte: Sistematização da autora

Os 20 artigos foram analisados e classificados em quatro categorias, segundo os resultados obtidos: O Conceito de Educação Permanente em Saúde na Atenção Primária à Saúde; A Formação Profissional; SUS e Política Pública; Dispositivos para a Prática de Educação Permanente em Saúde. Ficou constatado que os artigos foram, em sua maioria, publicados em revistas cujos temas são trabalho, educação e saúde, visto a proximidade desta temática com os mesmos.

### 3.3 CARACTERIZAÇÃO DOS ARTIGOS INCLUÍDOS NESTE ESTUDO

Um levantamento, revelou que os artigos que compõem este estudo foram publicados predominantemente entre os anos de 2010 a 2017, ficando evidente que a discussão da Educação Permanente em Saúde com recorte na Atenção Primária em Saúde não se iniciou logo após a Portaria nº 198/2004 ou a sua reformulação com a Portaria 1996/2007. Não se encontraram artigos nos intervalos dos anos 2004-2007; entre os anos 2008-2011 foram seis artigos; entre 2012-2015, seis artigos publicados; e por fim, entre 2016-2018 encontraram-se oito artigos.

Entre os estados do Brasil que mais realizaram estudos da temática Educação Permanente em Saúde na Atenção Primária em Saúde, verificou-se que a Região Nordeste é a que tem mais artigos publicados, num total de oito. A Região Sul tem seis, e a Região Sudeste, cinco, enquanto a Região Centro-Oeste publicou apenas um artigo com esta temática.

O levantamento revelou ainda que as revistas nas quais mais se publica a temática são: a Revista Trabalho, Educação e Saúde, com sete artigos, ficando evidente a relação entre esta Política e a EPS, com os processos de trabalhos; a Revista Gaúcha de Enfermagem, com três artigos; a Revista Ciência & Saúde Coletiva, com dois artigos; a Revista Saúde e Sociedade,

com um artigo; o Caderno de Saúde Pública, com um artigo; a Revista Eletrônica de Enfermagem, com um artigo; a Revista da Escola de Enfermagem da USP, com um artigo; a Revista da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, com um artigo; a Revista Sanar, com um artigo; a Revista Arquivos Catarinenses de Medicina, com um artigo; e a Revista Investigación y Educación en Enfermería, com um artigo.

Em relação às categorias profissionais envolvidas nos estudos de Educação Permanente, pode-se observar que 16 artigos destacaram o profissional enfermeiro que faz pesquisa nesta temática e que conduz grande parte dos processos de educação permanente nos municípios e estados. Após, vieram os demais profissionais: médico (nove artigos), agente comunitário de saúde (oito artigos), técnico e auxiliar de enfermagem (seis artigos), assistente social (cinco artigos), odontólogo (cinco artigos) e psicólogo (quatro artigos).

Foi utilizado o *software* NVivo Plus 11 para auxiliar na organização e análise dos dados encontrados neste estudo. O uso desse recurso em pesquisas vem sendo utilizado facilitar a estocagem, o gerenciamento e a recuperação de dados (COFFEY et al. 1996). No entanto, cabe ressaltar que a codificação não é executada de forma autônoma pelo programa, pois depende da indicação, com raciocínio e versatilidade do pesquisador. Durante o processo de análise, esse *software* permite ao pesquisador uma visão geral sobre os dados e, em consequência, uma revisão dos códigos, combinando-os ou dividindo-os (MOREIRA, 2007).

Figura 2- Organização dos dados no NVIVO na elaboração das categorias

Nós					
Nome	Fontes	Referências		Criado por	Criado em
Atividades realizadas como EPS		20	72	CM	15/02/2019 09:39
Avaliação e sistematização do processo de EPS		11	47	CM	15/02/2019 09:40
Conceito de EPS		20	124	CM	15/02/2019 09:45
Dispositivos para a prática de EPS		4	15	CM	15/02/2019 11:25
Fatores dificultadores para a prática de EPS		4	27	CM	15/02/2019 10:14
Financiamento da EPS		3	4	CM	15/02/2019 10:09
Formação técnico científica		17	59	CM	15/02/2019 09:44
Gestor		11	22	CM	15/02/2019 10:10
Participantes do estudo		22	22	CM	15/02/2019 09:37
PNEPS		8	16	CM	15/02/2019 10:26
Princípios e diretrizes do SUS		4	9	CM	15/02/2019 10:46
Profissional enfermeiro		7	20	CM	15/02/2019 10:00
Relação ensino e serviço		8	21	CM	15/02/2019 09:53
Responsáveis pela EPS		5	13	CM	15/02/2019 10:12

Fonte: Elaborado pela autora no programa NVIVO.

Após a apresentação da metodologia empregada para a realização da pesquisa e a caracterização dos artigos incluídos neste estudo, o próximo capítulo trará os resultados utilizando-se de quatro categorias temáticas criadas neste estudo: 1) O conceito de Educação Permanente em Saúde; 2) A formação profissional; 3) SUS- Política Pública; e, 4) Dispositivos para a prática de EPS. Cada uma destas categorias temáticas será composta por aspectos que lhe são intrínsecos, possibilitando a compreensão mais aprofundada de cada tema, como se verá no próximo capítulo.

Os artigos incluídos neste estudo, segundo os critérios de inclusão já mencionados, foram numerados, permitindo a melhor visualização dos seus excertos ao longo desta revisão.

## 4 ANÁLISE DOS RESULTADOS

Este capítulo apresenta os resultados da Revisão Integrativa realizada e encontra-se estruturado a partir dos eixos temáticos e dos respectivos subtemas. Os resultados foram apresentados em categorias de análise e confrontados com a literatura, a fim de se obter conclusões relevantes para a aplicação da EPS na APS e contribuir para o desenvolvimento de políticas e novas pesquisas.

A partir da coleta e análise dos dados foi possível observar a recorrência dos conteúdos sobre educação permanente, os quais foram organizados em categorias de análise e apresentados em quadros. As categorias foram: O conceito de educação permanente na APS, formação profissional, SUS e Política Pública e dispositivos para a prática de EPS.

### 4.1 O CONCEITO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

O conceito de EP foi uma categoria visualizada quase que na totalidade dos artigos incluídos neste estudo, visto que a nomenclatura ainda permite que equívocos sejam cometidos e termos como “educação permanente” e “educação continuada” sejam utilizados como sendo sinônimos. Neste sentido, este item foi organizado com vistas a explicitar os mais diversos termos que vêm sendo utilizados para denominar a educação permanente com o objetivo de compreender um pouco mais sobre esta temática. As subcategorias encontradas foram: o conceito de EPS; atividades realizadas como EPS; planejamento, avaliação e sistematização do processo de EPS.

O Quadro a seguir apresenta os artigos incluídos nesta categoria, apresentados através dos autores dos mesmos seguido do ano da publicação. Apresenta-se também as subcategorias que foram elaboradas no decorrer da elaboração deste estudo.

Quadro 5 - Artigos incluídos na categoria Conceito de Educação Permanente em Saúde e os seus subtemas

O Conceito de Educação Permanente em Saúde	Autores
<i>Conceito de EPS</i> - O desconhecimento ou confusão conceitual de educação permanente, educação continuada e educação em saúde	CORIOLOANO et al. (2012) DUARTE et al. (2011) RICARDI; SOUSA; (2015) SILVA et al. (2017) BARTH et al. (2014)

	<p>SILVA; PEDUZZI; (2011)  MISHIMA et al. (2015)  CARVALHO; ALMEIDA; BEZERRA (2016)  LIMA; ALBUQUERQUE; WENCESLAU (2014)  SENA et al. (2017)  JÚNIOR; MOREIRA; (2017)  TESSER et al. (2011)  COSTA et al. (2010)  BARBOSA; FERREIRA; BARBOSA (2012)  LINO et al. (2009)  BALBINO et al. (2010)  PERES; SILVA; BARBA (2016)  SILVA et al. (2016)  BOMFIM et al. (2017)  ANDRADE et al. (2016)</p>
<p><i>Atividades realizadas como EPS</i>  - Capacitações, treinamentos, atualizações, reciclagem, reuniões, palestras, oficinas, seminários, especialização, eventos, congressos, simpósios, jornadas</p>	<p>CORIOLOANO et al. (2012)  DUARTE et al. (2011)  RICARDI; SOUSA; (2015)  SILVA et al. (2017)  BARTH et al. (2014)  SILVA; PEDUZZI; (2011)  MISHIMA et al. (2015)  CARVALHO; ALMEIDA; BEZERRA; (2016)  LIMA; ALBUQUERQUE; WENCESLAU; (2014)  SENA et al. (2017)  JÚNIOR; MOREIRA; (2017)  TESSER et al. (2011)  COSTA et al. (2010)  BARBOSA; FERREIRA; BARBOSA; (2012)  LINO et al. (2009)  BALBINO et al. (2010)  PERES; SILVA; BARBA; (2016)  SILVA et al. (2016)  BOMFIM et al. (2017)  ANDRADE et al. (2016)</p>
<p><i>Planejamento, avaliação e sistematização do processo de EPS</i>  - Plano Regional, Plano de Ação Regional de EPS, Programação anual de saúde</p>	<p>CORIOLOANO et al. (2012)  RICARDI; SOUSA; (2015)  SILVA et al. (2017)  MISHIMA et al. (2015)  LIMA; ALBUQUERQUE; WENCESLAU; (2014)  TESSER et al. (2011)  LINO et al. (2009)  BALBINO et al. (2010)  PERES; SILVA; BARBA; (2016)  SILVA et al. (2016)  BOMFIM et al. (2017)</p>

Fonte: Sistematização da autora

A Atenção Primária à Saúde tem como papel central a organização de sistemas de saúde públicos e universais de cuidado integral ao indivíduo, com a Estratégia de Saúde da Família (ESF), criada em 1993 com vistas a modificar a forma tradicional de assistência à saúde do país, alterando o foco de atuação dos serviços, não mais centrado no indivíduo e na doença, mas sim, centrado no coletivo. Esta, por sua vez, é o eixo estruturante deste nível de atenção no SUS. As ações das equipes de ESF devem vir a contemplar as políticas de

promoção da saúde, em âmbito local e municipal com atuação no território, visto que a realidade social de saúde deva ser considerada, com enfoque comunitário e familiar, sempre considerando os aspectos psicossociais e sociosanitários, conforme previsto na Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) (BESEN et al, 2007; VANDERLEI; ALMEIDA, 2007).

Neste contexto, a Educação Permanente (EP) oferece grandes e valiosos elementos para uma avaliação técnica, pedagógica, filosófica-política do processo formativo e de aperfeiçoamento constante dos profissionais da saúde frente aos desafios apresentados no cotidiano de trabalho. Traz como premissa, a concepção de educação enquanto transformação, onde a aprendizagem significativa se faz presente, com eixo central o cotidiano de trabalho e valoriza este como fonte do conhecimento, devendo garantir a articulação da atenção com a gestão e o controle social. Apresenta-se aí a interdisciplinaridade e a multiprofissionalidade, como estratégias de ensino participativas e inseridas neste contexto de práticas, com vistas à própria transformação (PEDUZZI, 2009; CECCIM, FEUERWERKER, 2004).

Pode-se observar assim a diferença da chamada educação continuada (EC), que está pautada na concepção de educação enquanto simples transmissão de conhecimento, na qual se valoriza a ciência como principal fonte de conhecimento, assim como, a fragmentação pontualidade e desarticulação das ações frente à gestão e ao controle social. A primazia é dada somente para o aprimoramento do conhecimento técnico-científico e organizado entre as categorias profissionais da saúde. A EP frente aos desafios impostos pela ESF, caminha para a construção de valores, métodos e práticas democratizantes de gestão do trabalho no SUS, com vistas a qualificação do trabalho.

#### 4.1.1 Conceito de Educação Permanente em Saúde

O termo educação permanente apareceu pela primeira vez na França em 1955, e ao final da década de 1960 passou a ser difundida pela Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), que fundamentada na teoria do capital humano, destaca a importância da qualificação humana como um meio para a produtividade econômica e o desenvolvimento do País. Paiva (1985), analisa o contexto de implantação da educação permanente no país e o período em que isto ocorreu e defende como uma ferramenta ideológica do Estado para impor aos profissionais novas formas de trabalho, com vistas a atender as necessidades do capitalismo tardio.



A Educação Permanente em Saúde (EPS) aparece só em 1980, como uma estratégia do Programa de Desenvolvimento Humano da Organização Pan Americana de Saúde (OPAS), quando faz a diferenciação dos termos educação permanente e educação continuada, sendo esta relacionada a educação formal de transmissão de conhecimento (LEMOS, 2016).

A intenção da OPAS, segundo Lemos (2010), foi de elaborar um novo referencial pedagógico, a chamada educação permanente, na qual envolvesse mais o trabalhador no processo produtivo da saúde, com vistas a superar a fragmentação, alienação e desumanização do trabalho. Houve a pretensão de superar o modelo taylorista que imperava e dando espaço à um novo modelo de reestruturação produtiva do capital, na qual baseava-se no modelo toyotista no mundo do trabalho da saúde; criando uma lógica integrativa do operariado na organização do trabalho, ao invés da rigidez na repetição de tarefas desprovidas de sentidos presentes no taylorismo e no fordismo, que não respondiam ao capital.

A Educação Permanente está pautada na concepção pedagógica transformadora e emancipatória de Paulo Freire, onde vem sendo construída com base nas noções de aprendizagem significativa e da problematização, elaborando assim processo educativos que objetivam promover a transformação das práticas de saúde e de educação (CECCIM, 2005). Para Ceccim (2005, p. 175), a EPS “[...] é uma estética pedagógica para a experiência da problematização e da invenção de problemas”.

Neste contexto, a denominada estética na saúde seria a forma para se desenvolver a escuta, o cuidado, o tratamento, ou seja, uma produção em ato das aprendizagens em relação à intervenção ou interferência da vida do usuário. Portanto, ao se propor a EP deve-se gerar uma força no trabalhador e no seu contexto de trabalho, permitindo com que se dê transformações nas suas ações, e surja um questionamento ao seu próprio agir (MERHY, 2005).

Frente aos achados deste estudo, pode-se observar ainda desconhecimento em relação aos conceitos de Educação Permanente (EP) e Educação Continuada (EC). Dos 20 artigos que compuseram a amostra deste estudo, 10 deles trouxeram como um achado a confusão conceitual entre EP e EC:

Educação permanente, eu acho que são cursos de capacitação... educação continuada (A12).

Reciclagem pessoal no sentido de estar sempre melhorando, se atualizando, cada um na sua área (A12).

EP é uma educação continuada, onde a gente vivencia todos os dias, ou ensinando ou aprendendo [...] (A15).

EP para mim é aquela que sempre está continuando, que tem um segmento de continuidade, [...] está se atualizando através de conhecimento, obtendo informações [...] educar e levar educação novamente permanentemente [...] (A15).

Os artigos incluídos neste estudo concluem que a concepção de EPS ainda está centrada no simples “recebimento” de conhecimentos, não sendo levado em consideração a participação dos envolvidos, somente como uma estratégia de busca pessoal para aperfeiçoamento, considerada por muitos autores como educação continuada.

O equívoco em certos conceitos se faz presente também no termo Educação em Saúde (ES) e relação a Educação Permanente (EP). Os artigos mostram que estes termos são utilizados como sinônimos em consequência ao desconhecimento real da PNEPS. A ES pode-se ser caracterizada como um espaço de trocas de conhecimento, de práticas relacionadas à cultura dos indivíduos, realizada de forma convergente aos pressupostos da promoção da saúde (BARTH et al., 2014). No artigo de Barth et al., (2014), traz que a ES quando efetivada a partir da promoção da saúde, faz com que a EPS seja consolidada no cotidiano de trabalho dos profissionais envolvidos, visto que a ES promove o acesso às necessidades reais da população e assim serão encaminhadas para EPS.

A conceituação de ES como o simples repasse de informações, sendo o profissional o detentor do conhecimento científico hegemônico e o usuário de um conhecimento que possa ser desconsiderado na relação dialógica entre profissional e usuário está presente, segundo os achados deste estudo (CORIOLANO et al., 2012). Ainda não há clareza da diferença entre os conceitos de ES e EPS ainda está aquém, segundo mostraram os artigos estudados (BARTH et al., 2014; SILVA; PEDUZZI, 2011), o entendimento de que a EPS tem a direcionalidade para os profissionais e ES para o usuário apresenta o quanto ainda se precisa trabalhar conceitualmente a EPS, assim como as premissas da PNEPS junto aos trabalhadores da APS.

A EC se faz muito presente nos cotidianos de trabalho na área da saúde, e nos estudos (RICARDI; SOUSA, 2015; SILVA et al., 2017; BARTH et al., 2014; MISHIMA et al., 2015; TESSER et al., 2011; BARBOSA; FERREIRA; BARBOSA, 2012; PERES; SILVA; BARBA, 2016; SILVA et al., 2016; BOMFIM et al., 2017), ficou evidente a chamada confusão conceitual entre EPS e EC. Ainda se observa a valorização da atualização tecnicista, fragmentada, pontual e direcionada às categorias profissionais, esta arraigada no modelo biomédico hegemônico e na valorização da ciência nas disciplinas da saúde.

Nos seguintes trechos, fica evidente como os profissionais conceituam a EPS como sendo EC, e após trouxeram suas experiências de ES (BOMFIM et al., 2017).

[...] eu vivencio atendendo os pacientes todos os dias no posto, eles

aparecem com pressão alta, e vão conversar com a gente e a gente vai informar qual é o certo, o correto, que é pra pessoa agir [...] (A19).

[...] pessoas da informação, multiplicadores, ápice da equipe do PSF, eu visualizo assim, na questão de está na sala de palestra passando informação para pessoas sobre todas as doenças, para aprender a se prevenir, e individualmente nas suas casas também quando a gente faz a visita domiciliar [...] (A19).

A falta de clareza entre os conceitos de EPS, EC e ES faz um obstáculo para que a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde se efetive na Atenção Primária, visto que muitos são os conceitos utilizados para EPS, as ações são diversas na prática, e efetivamente a avaliação e monitoramento destas ações não é observado como preconizado e como sendo um instrumento de gestão e atenção.

A Educação em Saúde, segundo o artigo de Bomfim et al. (2017) é vivenciada através de grupos que esclarecem dúvidas e anseios à população. Assim como informações de cuidados, prevenção de doenças e promoção da saúde, entre usuário e profissionais de uma maneira diária nas Equipes de Saúde da Família (ESF):

[...] sempre esta questão da prevenção e promoção (A19).

[...] fazendo as visitas diárias, que a gente vai orientando as pessoas, fazendo um trabalho de orientação para que aquele paciente [...] (A19).

Como verificado, a Educação Continuada é muito confundida com a Educação Permanente. No entanto a EC é relacionada a educação tradicional, onde está presente a transmissão vertical de informações, unidirecional e sem considerar o cotidiano de trabalho e as questões que surjam do mesmo. Ela é muito referida como sendo realizada em forma de cursos, capacitações e atualizações, e a sua metodologia não considera as necessidades evidenciadas do profissional, mas sim conteúdos pré-estabelecidos e que visem a atualização e aquisição de um conhecimento técnico apenas:

Pra mim educação continuada é estar em contato com o novo. Estar recebendo informações e instruções seria não parar (A5).

Pra mim significa estar sempre aprendendo, ou se informando, sempre estar atualizado nos assuntos, sempre estar se educando (A5).

É uma atualização de todos os estudos sempre, que todo mês, todo dia sempre tem alguma novidade, é estar sempre reforçando aquilo já aprendido, estar sempre estudando e se atualizando (A5).

Quanto aos conceitos de Educação Permanente visualizados nos artigos desta revisão, pode-se observar que ainda é frágil e inicial o entendimento desta política, podendo ser

considerado como uma EC ampliada com a extensão do modelo acadêmico, em que se evidencia o conhecimento técnico científico, dando ênfase nas capacitações e desconsiderando que a EC não se propõe a ser um espaço de reflexão crítica acerca dos processos de trabalho, mas sim, apenas uma reprodução de conhecimentos já existentes:

[...] EP pra mim é o desenvolvimento continuado do profissional em saúde após a graduação no exercício de sua prática diária. Você está sendo capacitado, requalificado constantemente para que você possa desenvolver suas ações [...] (A6).

[...] EP é aquela educação feita sempre [...] mesmo as profissionais que já sabem o assunto, mas tem sempre que estar passando por uma reciclagem e cursos [...] (A6).

A chamada educação bancária ou tradicional é contemplada nos achados deste estudo como sendo EPS. Esta por sua vez é contraditória em relação ao que a PNEPS preconiza, mas é o que se visualiza no cotidiano das equipes de APS.

As metodologias ativas estão presentes como ferramentas no processo de aprendizagem em saúde, possibilitando a motivação e participação dos envolvidos e permitindo que seja contextualizado o processo de trabalho das equipes, ficando atribuído ao educador somente a atribuição de facilitador deste processo. Esta premissa está presente na PNEPS para os trabalhadores do SUS, no qual propõe processos de capacitações dos trabalhadores da saúde tendo como referência as reais necessidades de saúde das pessoas, com vistas a transformar as práticas profissionais e a organização do processo de trabalho em saúde (CORIOLANO et al., 2012).

A estratégia de se fazer uso das metodologias ativas tem se mostrado importante no fortalecimento dos processos de educação permanente, pois relacionando a teoria e a prática se pode almejar uma transformação de práticas e aperfeiçoamento nos processos de trabalhos, como apresentado nos artigos:

Eu acho que é se aproximando cada vez mais, é permitindo, aprendendo, é construindo junto. Eu tenho estimulado, eu acredito muito na metodologia que vocês têm adotado para a pesquisa de vocês, que é da roda de conversa do grupo focal, de construir a partir da necessidade do outro. Eu não vou conhecer a necessidade do outro se não envolver o outro no processo, né (A3).

A EPS tem como centro o exercício cotidiano nos processos de trabalho em valorizar o trabalho enquanto fonte do conhecimento, na primazia da relação entre atenção, gestão e controle social; considerando o trabalho multiprofissional e a interdisciplinaridade, como alternativas para um ensino contextualizado e participativo. Vai ao encontro da EC, que reconhece apenas o repasse de informações e o valor atribuído à ciência como fonte do

conhecimento. Traz consigo as características de ser: pontual, fragmentada, desarticulada e remete somente ao enfoque de categorias profissionais e desenvolvimento de habilidades técnicas, como observado em cursos e treinamentos (LIMA; ALBUQUERQUE; WENCESLAU, 2014).

O artigo de Duarte, et al. (2011), contemplado neste estudo, foi apresentada uma experiência realizada com agentes comunitários de saúde e estudantes de medicina, no qual se utilizaram a EPS como uma estratégia de diagnóstico precoce de tuberculose na população. Os resultados mostraram que esta metodologia é eficaz, pois através da EP se pode implementar ações baseadas nas especificidades regionais e contribuir assim para a formação em serviço dos profissionais. Neste contexto foi possível verificar a presença também da educação continuada, como sendo uma auxílio para capacitar os envolvidos a desenvolverem habilidades técnicas relacionadas ao trabalho, mas só é possível verificar os resultados após ocorrido o encontro de capacitação. Já na EP, se valoriza e prioriza o conhecimento prévio dos envolvidos e assim se conduz através da problematização do cotidiano e das questões que surgem no transcorrer do processo, permitindo uma maior participação dos profissionais.

Educação Permanente visa a superação de modelos tradicionais de capacitação e Educação Continuada, que propõe atividades alheias às reais necessidades dos serviços (JÚNIOR; MOREIRA, 2017). Ela pode ser considerada um contínuo de ações de trabalho-aprendizagem, no cotidiano das atividades laborais, partindo de uma situação real ou problema, com vistas a superá-la ou transformá-la e o que conduz este processo é a capacidade reflexiva da equipe (COSTA et al., 2010). A aprendizagem significativa é uma das concepções adotadas, onde propõe a transformação das práticas através da problematização, sempre considerando a “bagagem” de experiências e conhecimento dos envolvidos. O objetivo de tudo isso é de que o profissional seja protagonista do seu fazer (BRASIL, 2007; SENNA et al., 2017).

Sendo assim a EP desenvolvida com os profissionais deve sempre fazer parte do pensar e do fazer dos trabalhadores, com vistas de crescimento profissional e pessoal e de organização dos processos de trabalho, sempre permitindo a problematização do contexto social e a possibilitar mudanças que primam pela universalização, integralidade e equidade (BALBINO et al., 2010).

#### 4.1.2 Atividades realizadas como Educação Permanente em Saúde

Atividades intituladas como sendo de educação permanente são inúmeras, segundo a totalidade de artigos deste estudo, no entanto, analisar o que realmente faz parte de um processo educativo proposto pela metodologia de EP é o mais importante. Tanto gerentes como os demais trabalhadores de saúde, participantes dos estudos aqui analisados, consideram importante a existência de atividades educativas para a organização do trabalho. Por isso, devem ser considerados nos espaços formais e informais neste processo, evitando o que ocorre cotidianamente em reuniões de equipe, que acabam subutilizadas, com o coordenador trazendo somente questões burocráticas e administrativas.

Na totalidade dos artigos apareceram os termos cursos, capacitações, treinamentos, atualizações reuniões, palestras, aperfeiçoamento, reciclagem, dentre outros, estes utilizados nos artigos como sinônimos e com o objetivo de atualização do conhecimento dos profissionais envolvidos, acontecendo em sua maioria de maneira estanque, pontual, fragmentada e direcionada para as categorias profissionais (CORIOLANO et al., 2012; DUARTE et al., 2011; RICARDI; SOUSA, 2015; SILVA et al., 2017; BARTH et al., 2014; SILVA; PEDUZZI, 2011; MISHIMA et al., 2015; CARVALHO; ALMEIDA; BEZERRA, 2016; LIMA; ALBUQUERQUE; WENCESLAU, 2014; SENA et al., 2017; JÚNIOR; MOREIRA, 2017; TESSER et al., 2011; COSTA et al., 2010; BARBOSA; FERREIRA; BARBOSA, 2012; LINO et al., 2009; BALBINO et al., 2010; PERES; SILVA; BARBA, 2016; SILVA et al., 2016; BOMFIM et al., 2017; ANDRADE et al., 2016).

Segundo a análise dos artigos incluídos neste estudo, pode-se observar que em todos eles apareceram algum destes termos em alguma citação para referir-se à educação permanente. Os chamados cursos e treinamentos ainda se organizam no chamado modelo escolar e acabam por reproduzir as características de fragmentação das Políticas existentes e do cuidado em saúde (RICARDI; SOUSA, 2015; BARTH et al., 2014; JÚNIOR; MOREIRA, 2017).

Os cursos que nós temos, que são fornecidos pela 19ª, pelo posto de saúde também, acho que isso também é educação, cada mês ou a cada quinze dias aparece uma capacitação para nós (A5).

E aí nós estaremos realizando agora, através da Escola Técnica do SUS, todo o material está montado, então vai ser um curso com duração aproximada de seis meses [...] (A3).

Não existem cursos, treinamentos. Infelizmente essa é uma realidade que eu e alguns outros colegas sentamos, discutimos o tempo todo e cobramos. Mas, infelizmente, isso não existe pra gente (A11).

Os artigos evidenciaram que os programas de educação permanente acabam por desenvolver cursos focados em capacitações somente, não contemplando a participação dos trabalhadores na elaboração e organização dos mesmos, gerando conseqüentemente atividades educativas eventuais, fragmentadas e dissociadas do contexto e dos processos de trabalhos vivenciados. O que se pode perceber com os achados dos artigos é que o profissional que trabalha na Atenção Primária acaba por receber um convite a participar de cursos e treinamentos ofertados pela gestão de determinado município, com a finalidade de complementar a sua formação, através de aulas expositivas ministradas por especialistas no assunto (CARVALHO; ALMEIDA; BEZERRA, 2016).

Assim, por exemplo, o curso que a gente tá fazendo, Qualifica APSUS, eu acredito que seja um, que esteja dentro disso aí. Eu também já participei de um curso de vacinas, já fiz vários cursos de vacinas, eu acho que também tá dentro pra melhorar, né, o desenvolvimento do trabalho da gente, né (A8).

A existência de cursos e capacitações se deve a importância em desenvolver as questões técnicas do processo de trabalho em saúde, uma vez que a tecnologia e o cuidado em saúde exigem constantes atualizações e faz com que o profissional procure uma forma de aquisição e atualização deste conteúdo. No entanto, caracterizar ou nomear a metodologia de educação permanente como simples cursos e atualizações pontuais é em equívoco, tendo em vista as premissas apresentadas na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e o seu conceito.

A Educação Permanente é um processo, não podendo ser definido com simples data e horário para que venha a ocorrer, ela está presente no cotidiano da APS incluindo os trabalhadores, usuários, gestores e as instituições de ensino formadoras. Ela tem as metodologias ativas como estratégia para a participação dos envolvidos, onde não se possa diferenciar o educando e o educador, pois todos trarão as suas experiências prévias e o conhecimento para a reflexão e conseqüente modificação e aperfeiçoamento do processo de trabalho em questão. Deve-se sempre considerar as questões que surjam no cotidiano e não somente as dúvidas relacionadas ao emprego de técnicas na prática profissional de determinada categoria, portanto a EP não é pontual e fragmentada, mas sim, um processo em constante modificação.

A citação da EP como sendo sinônimo a palestra, capacitações ou treinamentos foi muito presente nos artigos deste estudo. A rotina que se pode verificar foi de que no cotidiano

das equipes, o profissional solicita ao gestor a necessidade de educação permanente, e assim lhe é fornecido um curso específico e pontual para a demanda apresentada ao gestor. Através dos cursos e treinamentos ofertados pelo gestor pode-se verificar o aumento da resolubilidade dos serviços da APS, assim como a qualificação dos profissionais envolvidos, pois segundo os estudos analisados a qualificação do trabalhador possibilita obter melhores resultados junto às necessidades da população assistida (SILVA et al., 2017).

A palestra sobre tuberculose foi muito proveitosa, pois tínhamos dúvidas sobre essa doença que ainda não tínhamos esclarecido. Após a palestra me senti motivada e comecei as buscas ativas, através de visitas domiciliares com a enfermeira, voltadas para os tossidores (A2).

Esta capacitação permitiu aos ACSs a melhor identificação dos sintomáticos respiratórios em suas respectivas microáreas de atuação, resultando em um aumento no número de agendamento de consultas e conseqüentemente do diagnóstico de tuberculose pulmonar, alimentando também os números de nosso estudo. Esta experiência sem dúvida viabiliza a resolução dos processos saúde-doença na comunidade, permitindo que as UBSs atinjam as metas previstas pelo Ministério da Saúde no que se refere ao diagnóstico da tuberculose no Brasil, doença ainda prevalente e tão estigmatizante em nosso meio (A2).

Sempre que solicitado, a gente proporciona palestras, cursos de aperfeiçoamento (A4).

A compreensão que prevaleceu nos estudos analisados foi de que a educação permanente faz parte de um modelo formativo e deve se desenvolver através de cursos, treinamentos e capacitações com profissionais especialistas e contemplado dentro ou fora dos serviços de saúde. A presença das instituições formadoras ainda é pequena segundo os artigos analisados neste estudo nos processos de EP, assim como durante a graduação não se aborda esta temática como se não pertencente ao processo formativo. Os artigos que apresentaram a universidade incorporada com os processos formativos das equipes de saúde, trouxeram como sendo uma prática sem conexão aos processos de trabalho mas simplesmente como uma outra maneira em se atualizar a técnica de determinadas categorias profissionais (CORIOLANO et al. 2012; DUARTE et al. 2011; RICARDI; SOUSA; 2015; SILVA; PEDUZZI; 2011; MISHIMA et al. 2015; LIMA; ALBUQUERQUE; WENCESLAU, 2014; BALBINO et al. 2010; SILVA et al. 2016).

Capacitações são raras. Eventualmente tem um ou outro. Teve o último agora que foi da implantação do e-SUS, né?! As fichas do e-SUS, foram esses cadastramentos novos. E assim... é eventualmente, uma vez ou outra que acontece (A11).



EPS se materializa em cursos de capacitação para uma categoria profissional específica com data predefinida de início e fim, e com temas predeterminados por um centro de formação sem a participação do trabalhador no planejamento das atividades (A20).

As capacitações propostas pela secretaria ou CRS são vistas como uma “obrigação”, direcionadas especificamente para as funções que eles exercem nos serviços de saúde, e as discussões geradas a partir das capacitações ficam, muitas vezes, circunscritas a uma categoria profissional (A5).

Os artigos incluídos neste estudo constataram que para uma pessoa ou uma organização decidir modificar a sua forma de atuar é preciso muito mais que uma capacitação. Tem que colocar-se em contato com os causadores dos desconfortos diários da equipe, concluindo que a maneira atual de agir e pensar é insuficiente ou não adequada para os desafios impostos (GONZÁLEZ; ALMEIDA, 2010; CECCIM, 2005; ANDRADE et al., 2016). Para uma mudança radical nos processos, é necessário ressignificar o processo de trabalho, com uma mudança da finalidade e centrando no usuário e suas reais necessidades apresentadas (FRANCO, 2007).

Por isso, destaca-se que a EP surgiu como uma proposta do Ministério da Saúde de transformação das práticas de gestão, formação, formulação de políticas, participação da população, prática profissional e da organização do trabalho como um todo (BRASIL, 2005). Associando a proposta de EP, demais propostas foram desenvolvidas, sendo elas: Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde); Programa Nacional de Telessaúde; Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde) e os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASFs) (BRASIL, 2009).

#### 4.1.3 Planejamento, Avaliação e Sistematização do Processo de EPS

Uma subcategoria que surgiu durante a análise dos dados deste estudo foi referente ao planejamento, a análise e sistematização da Educação Permanente em Saúde, na qual foi evidenciado os chamados fatores facilitadores e dificultadores do desenvolvimento do processo nos serviços. Em 11 artigos, ficou evidente a necessidade de avaliar a educação permanente, enquanto prática formativa, e de sistematizar suas informações para melhor análise deste processo.

A compreensão do planejamento, da avaliação e do monitoramento dos processos educativos para tomada de decisões foi notável nos estudos (CORIOLANO et al. 2012; RICARDI; SOUSA, 2015; SILVA et al. 2017; MISHIMA et al. 2015; LIMA; ALBUQUERQUE; WENCESLAU, 2014; TESSER et al. 2011; LINO et al. 2009; BALBINO et al. 2010; PERES; SILVA; BARBA, 2016; SILVA et al. 2016; BOMFIM et al. 2017), com vistas a propor futuras alterações e orientações do processo de trabalho das equipes. O que se consegue observar, segundo os estudos, é uma avaliação quantitativa das atividades desenvolvidas, como número de horas, número de participantes e dias trabalhados, mas sem objetivo ou destino algum para estes dados levantados e não contribuindo para o processo de educação permanente efetivamente. Uma particularidade ainda, foi de que, comparado ao ambiente hospitalar, a Atenção Primária se encontrava aquém nos quesitos sistematização e organização dos seus dados e avaliação das atividades oferecidas (SILVA et al., 2016)

A frequência com que acontecem as avaliações também foi pontuada como importante, considerando a participação do educando de maneira ativa neste processo. A elaboração de um plano político pedagógico de educação no trabalho foi uma sugestão apresentada, para garantir assim o planejamento, o levantamento das necessidades e a implementação de um sistema avaliativo das ações. Para tal sugestão, se mostrou imprescindível romper com a lógica do modelo escolar de avaliação, para se fazer uso das informações levantadas com vistas a impulsionar, rever, reorganizar e sedimentar o processo de trabalho (SILVA et al., 2016).

[...] aqui, quando eu vejo os indicadores de saúde, que refletem as práticas dos profissionais, a gente vê o quanto é necessário se implementar e priorizar a política de educação permanente, que daí reflete muito na questão da prática, não da gestão como um todo, mas da prática profissional (A18).

A avaliação do processo educativo nos artigos (RICARDI; SOUSA, 2015; SILVA et al., 2017; BARTH et al., 2014; SILVA; PEDUZZI, 2011; MISHIMA et al., 2015; LIMA; ALBUQUERQUE; WENCESLAU, 2014; DE SENA et al., 2017; TESSER et al., 2011; LINO et al., 2009; BALBINO et al., 2010; PERES; SILVA; BARBA, 2016; SILVA et al., 2016; BOMFIM et al., 2017; ANDRADE et al., 2016) seria a mais importante forma de se conseguir aliar a teoria e a prática, partindo das necessidades sociais apresentadas em determinado contexto, assim como os envolvidos no processo, sejam eles trabalhadores ou usuários:

No nosso trabalho, a gente costuma avaliar pelos resultados”; “ver assim, no dia a dia, o que ele faz, se mudou alguma coisa (A20).

O cenário apresentado nos estudos (RICARDI; SOUSA, 2015; SILVA et al., 2017; BARTH et al., 2014; SILVA; PEDUZZI, 2011; MISHIMA et al., 2015; LIMA; ALBUQUERQUE; WENCESLAU, 2014; SENA et al., 2017; TESSER et al., 2011; LINO et al., 2009; BALBINO et al., 2010; PERES; SILVA; BARBA, 2016; SILVA et al., 2016; BOMFIM et al., 2017; ANDRADE et al., 2016) indica que na prática não são realizadas avaliações com propósito de mudanças e melhorias do processo de trabalho, visto que os participantes dos estudos referiram dados simplesmente quantitativos, como contagem de horas de formação, ou ainda, número de participantes. Este controle é somente para cumprir com obrigações burocráticas e realização dos treinamentos previstos anualmente aos profissionais, mas sem considerar os objetivos e premissas da EP, conforme trecho a seguir:

O dado ele é um... ele fica só uma informação sem muito significado, fica só uma coisa de preencher (A15).

Para que se possa efetivamente aproveitar das avaliações realizadas, como alguns estudos trouxeram, devemos reconhecer o encontro, valorizando as trocas de experiências, para assim ampliar a análise de maneira crítica do cotidiano, permitindo sentir-se sujeito do processo que visa a transformação da realidade, considerando as situações desafiadoras que surgem como obstáculos e assim propor o enfrentamento para tal de maneira coletiva e sistematizada deste processo (RICARDI; SOUSA, 2015).

A presença de alguns discursos contraditórios referente a existência ou não de um planejamento da EP nos serviços públicos de atenção à saúde coloca em evidência que a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde está muito aquém do que se espera, segundo o Ministério da Saúde e a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas). Com o descompromisso em relação à sistematização e à continuidade das ações de EP, cria-se uma dificuldade para avaliar os processos existentes, que permanecem apenas pontualmente e sem propósito ou valor:

Não temos um cronograma pré-estipulado. Normalmente é o profissional que vem procurar e daí nos organizamos. Desenvolvemos iniciativas de acordo com a necessidade (A18).

O município não tem estratégia de saúde para a educação dos trabalhadores (A4).

Sendo assim, foi apresentado no artigo de Lima; Albuquerque; Wenceslau (2014), a denominada Programação Anual de Saúde (PAS), que é o instrumento que operacionaliza as intenções expressas no Plano de Saúde e objetiva assim, anualizar as metas do Plano de Saúde

e prever alocações dos recursos orçamentários a serem executados. Através desta programação podemos visualizar as demandas que surgem nas regiões de saúde, assim como viabiliza o planejamento das ações a serem desenvolvidas no decorrer do ano, de acordo com o plano de saúde (BRASIL, 2009). A seguinte fala exemplifica esta questão:

E a programação anual de saúde, ela é o momento em que as áreas técnicas vão definir as suas estratégias para o ano, as suas principais atividades para o ano e definir também quais são os cursos, as capacitações, os debates, as formulações que vão ser feitas ao longo do ano (A9).

Foi possível visualizar nos artigos deste estudo, foi de que em alguns municípios do país os relatórios apresentados ano após ano eram os mesmos, como uma simples cópia do relatório do ano anterior, ou se limitavam a listar os procedimentos que eram realizados no período, não apresentando ações destinadas ao planejamento, execução e avaliação dos resultados (CARVALHO; ALMEIDA; BEZERRA, 2016; BOMFIM et al., 2017; ANDRADE et al., 2016).

Além do PAS, os artigos trouxeram o chamado Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde (PAREPS), documento este que norteia as ações de desenvolvimento integral dos servidores, integrando as ações de capacitação, treinamento e qualidade de vida, considerando os dados epidemiológicos e sanitários dos municípios; servindo como exigência formal e burocrática (MISHIMA et al., 2015).

Segundo a Portaria MS/GM nº 3.085 de 1º de dezembro de 2006, fica regulamentado o sistema de planejamento do SUS, através de atuação contínua, articulada, integrada e solidária de suas três esferas de gestão do SUS. Os objetivos apresentados nesta Portaria são: I- pactuar diretrizes gerais para o processo de planejamento no âmbito do SUS; II- formular metodologias e modelos básicos de instrumentos de planejamento, monitoramento e avaliação que elucidem as diretrizes do SUS, adaptando as particularidades de cada esfera; III- implementar e difundir uma cultura de planejamento que integre e qualifique as ações no SUS; IV- desenvolver e implementar uma rede de cooperação entre os entes federados, com compartilhamento de experiências e informações; V- apoiar e participar da avaliação periódica da situação de saúde da população e funcionamento do SUS; VI- prover capacitação contínua dos profissionais que atuam no contexto do planejamento do SUS; VII- monitorar e avaliar o processo de planejamento, ações implementadas e resultados alcançados (BRASIL, 2006).

Os instrumentos básicos para o processo de planejamento no SUS são três: o Plano de Saúde, a Programação Anual de Saúde e o Relatório Anual de Gestão. Dentro destes

documentos ações de educação dos profissionais devem ser contempladas.

O Relatório Anual de Gestão, de acordo com as Portarias nº 3.085/GM e nº 3.332/GM, é o instrumento de planejamento que apresenta os resultados alcançados com a execução da Programação Anual de Saúde, através do conjunto de ações, metas e indicadores desta. Constitui-se no instrumento de comprovação da aplicação dos recursos repassados do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos de Saúde dos Estados, do Distrito Federal, e dos Municípios. Deve ser submetido à aprovação do respectivo Conselho de Saúde até o final do primeiro trimestre do ano subseqüente como traz a Portaria nº 399/GM/MS, de 23 de fevereiro de 2006 (BRASIL, 2006).

Não existe, aliás este projeto de EP não existe na nossa unidade, e acredito que não só na nossa. Mas não existe na cidade [...] (A19).

Na prática infelizmente não vivencia, por que é difícil a gente reunir juntamente toda a equipe, [...] a EP não tem (A19).

Conforme os artigos analisados, as atividades que são desenvolvidas nos municípios não são planejadas e não fazem parte da rotina dos trabalhadores, são atividades educativas esporádicas e destinadas a determinado público, não fazendo parte do processo de trabalho das unidades de saúde, nem consideram as necessidades que surgem no cotidiano dos profissionais, não contemplando o preconizado na PNEPS (MISHIMA et al., 2015; LINO et al., 2009; BOMFIM et al., 2017; ANDRADE et al., 2016).

O que pode ser visualizado nos achados, foi de que falta um plano e uma coordenação para a Educação Permanente em Saúde nos municípios brasileiros. O desconhecimento de qualquer ação de planejamento e a visualização apenas de atividades pontuais e não contextualizadas com os envolvidos, mostram a grande lacuna que se pode visualizar na rede, onde os projetos são de caráter descontínuos, pontuais e fragmentados. A necessidade de uma coordenação aos processos de EP surge em 14 dos artigos deste estudo como um ponto a ser debatido e fortalecido nos municípios, para que a Política de Educação Permanente seja efetivada no Brasil (RICARDI; SOUSA, 2015; SILVA et al., 2017; BARTH et al., 2014; SILVA; PEDUZZI, 2011; MISHIMA et al., 2015; - LIMA; ALBUQUERQUE; WENCESLAU, 2014; SENA et al., 2017; TESSER et al., 2011; LINO et al., 2009; BALBINO et al., 2010; PERES; SILVA; BARBA, 2016; SILVA et al., 2016; BOMFIM et al., 2017; ANDRADE et al., 2016).

No artigo de Peres, Silva e Barba (2016), foram abordados os desafios e as potencialidades da EPS, sendo destacado que no município de São Carlos, no Estado de São

Paulo, o Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde é o:

Norteador para a construção da Política de EPS nas regiões de saúde, adequado às necessidades de formação em serviço, a partir de um planejamento coletivo, com o objetivo de transformação dos modos de gestão e das práticas de atenção e valorização do trabalhador (A17).

No entanto, o que foi observado foi de que o planejamento local da EPS enfrentava dificuldades, vigorando apenas o planejamento regional, que nem sempre representava a realidade local e não seguindo o preconizado na PNEPS, reproduzindo um modelo verticalizado de gestão e de implementação da EPS. Constatou-se também, de que no Plano Regional as ações não são planejadas e sim oferecidas através de capacitações pontuais, não caracterizando atividade de EP (PERES; SILVA; BARBA, 2016).

As diversas demandas e atribuições dos profissionais da APS foi um ponto discutido nos artigos, sendo considerado que o grande número de programas e atividades das Estratégias de Saúde da Família (ESF) se torna um obstáculo para que se proponha um processo de EP nas equipes. Isso fica evidenciado pelo crescente número de agendamentos dos grupos prioritários (gestante, criança, idoso, hipertenso, diabético, entre outros) e pela demanda diária de trabalho, permitindo que ocorram apenas processos educativos informais entre os trabalhadores.

A priorização da PNEPS frente ao cotidiano das equipes de APS ainda precisa evoluir, pois o encontrado nos artigos foi de que esta política ainda não é uma prioridade para a gestão da APS a EPS (LIMA; ALBUQUERQUE; WENCESLAU, 2014). O impacto é visto a médio e longo prazo, ou seja, a demora para se obter os resultados em se trabalhar formação para o SUS faz com que gestores a deixem essa formação em segundo plano, visto que a cada quatro anos novos profissionais serão eleitos a ocupar o cargo de coordenador e neste curto período de tempo se preconiza questões que garantam votos em uma possível reeleição dos mesmos:

Porque essa questão de educação, ela não é uma coisa que tenha um retorno de imediato, não é? Então termina não sendo, tão ainda, uma coisa priorizada. Porque às vezes você faz uma discussão aqui de uma proposta, mas o retorno disso, o impacto disso... A médio e longo prazo... Então não é? Não é tão priorizada (A11).

Foi pontuado nos artigos alguns fatores facilitadores para EP, sendo um que esteve presente foi o da integração ensino e serviço, permitindo a presença das instituições formadoras para as ações de educação permanente. Ainda que frágil e de maneira descontextualizada, as universidades estão começando a estar presentes nos processos de ensino aprendizagem na Atenção Primária à Saúde:

[...] é uma faculdade que tem o curso de nutrição também. Então, fica a professora, com a estagiária, diretamente com essas equipes. Elas trabalham a questão da formação do agente comunitário, tanto em aferição antropométrica, como em alimentação saudável, e trabalham também com a comunidade (A3).

O desejo da PNEPS está em tornar a educação permanente uma estratégia prioritária para recompor práticas de formação, atenção, gesto, formação de políticas e participação da sociedade na área da saúde. Sendo assim, para que se alcance tal objetivo, os municípios devem estabelecer um planejamento da EPS segundo o que a Política Nacional aponta (BRASIL, 2004), sobre as responsabilidades dos municípios:

Todo município deve formular e promover a gestão da educação permanente em saúde e processos relativos à mesma, orientados pela integralidade da atenção à saúde, criando, quando for o caso, estrutura de coordenação e de execução da política de formação e de desenvolvimento participando do seu financiamento (BRASIL, 2004, p.35).

Nesta primeira categoria ficou evidente o quanto a existência de uma Política Pública não garante a sua efetiva presença nos cotidianos de trabalho, e isto deve-se a muitos fatores como expressados anteriormente, mas em especial, ao entendimento que as pessoas envolvidas têm da política. Muitas falhas podem acontecer no desenvolvimento de uma política pública, no entanto, a compreensão de trabalhadores, usuários e gestores deve ser primordial para que ela, mesmo que com muita luta e reivindicação, efetivamente exista nos ambientes de saúde do país. Portanto, o planejamento, a avaliação e o monitoramento da execução de uma política pública é de vital importância para que ela continue perpetuando diariamente nos serviços.

## 4.2 FORMAÇÃO PROFISSIONAL

A seguir será apresentada a categoria intitulada de Formação Profissional, sendo também um destaque frente aos artigos incluídos neste estudo, devido a nítida necessidade de aproximação que a temática tem com a formação dos profissionais na saúde. As subcategorias que foram construídas com os achados foram: formação técnico científica e o modelo biomédico; a gestão e a EPS, relação entre ensino e serviço; profissional enfermeiro como o responsável pela EPS.

O Quadro 6 permite a visualização das subcategorias encontradas e pertencentes a categoria Formação Profissional, segundo autorias dos artigos incluídos e seus respectivos anos de publicação.

Quadro 6 - Artigos incluídos na categoria Formação Profissional e os seus subtemas

<b>Formação Profissional</b>	<b>Autores</b>
<i>Formação técnico científica e o modelo biomédico</i>	CORIOLOANO et al. (2012) DUARTE et al. (2011) RICARDI; SOUSA; (2015) SILVA et al. (2017) BARTH et al. (2014) SILVA; PEDUZZI; (2011) MISHIMA et al. (2015) CARVALHO; ALMEIDA; BEZERRA; (2016) LIMA; ALBUQUERQUE; WENCESLAU; (2014) SENA et al. (2017) JÚNIOR; MOREIRA; (2017) TESSER et al. (2011) COSTA et al. (2010) BARBOSA; FERREIRA; BARBOSA; (2012) LINO et al. (2009) BALBINO et al. (2010) PERES; SILVA; BARBA; (2016) SILVA et al. (2016) BOMFIM et al. (2017) ANDRADE et al. (2016)
<i>A gestão e a EPS</i>	RICARDI; SOUSA; (2015) SILVA et al. (2017) SILVA; PEDUZZI; (2011) MISHIMA et al. (2015) CARVALHO; ALMEIDA; BEZERRA; (2016) LIMA; ALBUQUERQUE; WENCESLAU; (2014) JÚNIOR; MOREIRA; (2017) TESSER et al. (2011) LINO et al. (2009) PERES; SILVA; BARBA; (2016) BOMFIM et al. (2017)
<i>Relação ensino e serviço</i>	CORIOLOANO et al. (2012) DUARTE et al. (2011) RICARDI; SOUSA; (2015) SILVA et al. (2017) BARTH et al. (2014) SILVA; PEDUZZI; (2011) MISHIMA et al. (2015) CARVALHO; ALMEIDA; BEZERRA; (2016) LIMA; ALBUQUERQUE; WENCESLAU; (2014) BARBOSA; FERREIRA; BARBOSA; (2012) BALBINO et al. (2010) SILVA et al. (2016) BOMFIM et al. (2017)
	CORIOLOANO et al. (2012)



<i>Profissional enfermeiro como responsável pela EPS</i>	SILVA et al. (2017) BARTH et al. (2014) CARVALHO; ALMEIDA; BEZERRA; (2016) SENA et al. (2017) JÚNIOR; MOREIRA; (2017) TESSER et al. (2011) COSTA et al. (2010) BARBOSA; FERREIRA; BARBOSA; (2012) LINO et al. (2009) BALBINO et al. (2010) SILVA et al. (2016)
--	--

Fonte: Sistematização da autora

#### 4.2.1 Formação técnico científica e o modelo biomédico

Na totalidade dos artigos que compuseram a amostra deste estudo, pôde-se verificar a presença ainda do modelo biomédico na área da saúde, com a sua formação técnico científica e centrada simplesmente no modelo tradicional de transmissão de conhecimento (CORIOLANO et al., 2012; DUARTE et al., 2011; RICARDI; SOUSA, 2015; SILVA et al., 2017; BARTH et al., 2014; SILVA; PEDUZZI, 2011; MISHIMA et al., 2015; CARVALHO; ALMEIDA; BEZERRA, 2016; LIMA; ALBUQUERQUE; WENCESLAU, 2014; SENA et al., 2017; JÚNIOR; MOREIRA, 2017; TESSER et al., 2011; COSTA et al., 2010; BARBOSA; FERREIRA; BARBOSA, 2012; LINO et al., 2009; BALBINO et al., 2010; PERES; SILVA; BARBA, 2016; SILVA et al., 2016; BOMFIM et al., 2017; ANDRADE et al., 2016).

Os estudos evidenciaram que o perfil dos profissionais que atuam na Atenção Primária não teve sua formação relacionada à lógica de ESF. Profissionais formados no modelo biomédico, com valorosa evidencia às chamadas especialidades e sem compreensão do indivíduo de uma maneira integral em seu processo de adoecer, criando certa dificuldade para atuar na perspectiva de atenção integral à saúde e com uma prática incompatível com os preceitos do SUS (CECCIM; FEUERWERKER, 2004; COTTA et al., 2006).

De acordo com os estudos, o perfil dos profissionais demonstra que eles não tiveram sua formação relacionada à lógica de ESF. Profissionais formados no modelo biomédico, com ênfase nas chamadas especialidades, atuam sem compreensão abrangente do indivíduo em seu processo de adoecer, criando certa dificuldade para dar atenção integral à saúde, com prática incompatível com os preceitos do SUS (CECCIM; FEUERWERKER, 2004; COTTA et al., 2006).

Para minimizar o evidente descompasso e o distanciamento entre a formação dos profissionais da época e os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), o MS assume o papel constitucional de ordenar a formação dos profissionais de saúde e garantir a educação profissional a eles e aos demais já atuantes (GONZÁLEZ; ALMEIDA, 2010). Diante do cenário apresentado, foram criados programas, dentre eles: o Programa de Capacitação e Formação em Saúde da Família, o de Profissionalização dos Trabalhadores da Área da Enfermagem (Profae), o de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS) e o de Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Graduação em Medicina (Promed). Mesmo que ainda desarticulados, eles instigaram e provocaram mudanças na formação e no cuidado em saúde, fazendo com que instituições e indivíduos percebessem a necessidade de mudança frente às práticas educativas e às ações e serviços de saúde vigentes na época (BRASIL, 2005; CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

A presença de um discurso unidirecional e prescritivo foi citado no estudo de Coriolano et al. (2012), onde foi relatada a experiência da educação permanente com agentes comunitários frente aos cuidados com crianças asmáticas. Foi observado que o profissional acaba por ditar as normas e padrões a serem seguidos, restando ao usuário apenas acatar o que lhe fora dito; esta atitude ainda é uma realidade em muitos processos de educação permanente de municípios brasileiros. A ausência de uma problematização nos contextos de trabalho e com os envolvidos acaba por dificultar o estreitamento das relações entre os sujeitos e da troca de experiências, conforme preconizado na PNEPS (CORIOLANO et al.; 2012).

A compreensão é de que a EP precisa ir além da simples capacitação técnico científica, e capaz de desenvolver competências em toda e qualquer relação sujeito-educando com as situações do seu cotidiano (PASCHOAL; MANTOVANI; MÉIER, 2007). No entanto o que se observa nos artigos é de que ainda prevalece, na área da saúde, o caráter transmissivo de informações, com centralidade no profissional e valorizando apenas os aspectos técnico-científicos (CORIOLANO et al., 2012).

No artigo de Barth et al. (2014), fica claro em uma de suas categorias apresentadas, de que a concepção dos enfermeiros sobre EPS parte de uma necessidade técnica científica de aprimoramento profissional, centrada no simples recebimento de conhecimento, ocorrendo sem contemplar a participação dos envolvidos e com o único objetivo de uma busca pessoal de aperfeiçoamento, caracterizando o que muitos autores consideram como educação continuada e não educação permanente (BARTH et al., 2014).

A denominada capacitação, utilizada erroneamente como sinônimo da educação permanente, traz segundo artigos deste estudo, a finalidade de melhorar o atendimento das

necessidades de saúde da população ou comunidade, no entanto, não parte da realidade local ou das questões que surgem no cotidiano de trabalho das equipes, assim como, não preconizam a problematização dos processos de trabalho quando vislumbram a qualidade da atenção.

O processo educativo, segundo os artigos, é importante pois garante segurança ao profissional que atua, no entanto, situações como a falta de recursos humanos e demanda de atendimentos dos profissionais é transversal a tudo isso.

A educação permanente ela é importante mesmo, ela deveria ser feita, as necessidades são reais (A7).

A educação constitui um processo de construção coletiva do saber entre os trabalhadores, considerando o contexto de trabalho, sendo conceituada por Paulo Freire como comunicativa e emancipatória. Essa forma de educação difere da educação tradicional, também chamada de educação bancária, onde predomina a transferência de conteúdo e o autoritarismo conduz o processo, não incentivando a criatividade e participação dos envolvidos (FREIRE, 1980).

Não adianta você convidar uma pessoa para falar de medicamentos que o usuário não vai adquirir. Não serve para nada um curso deste, entendeu? Ou o enfermeiro participar de um evento que não esteja relacionado com o espaço público, para ele extrapolar e poder ampliar e articular aquilo com a realidade. Seria melhor se fosse construído de acordo com a realidade, fazendo a construção do conhecimento junto! Porque depois sozinho é difícil para pessoa fazer este processo (A6).

A importância em se relacionar a teoria e a prática apareceu nos artigos, através da concepção, de relacionamento entre as instituições formadoras e os serviços de saúde (DUARTE et al., 2011; RICARDI; SOUSA, 2015; SILVA et al., 2017; BARTH et al., 2014; SILVA; PEDUZZI, 2011; MISHIMA et al., 2015; CARVALHO; ALMEIDA; BEZERRA, 2016; LIMA; ALBUQUERQUE; WENCESLAU, 2014; BARBOSA; FERREIRA; BARBOSA, 2012; BALBINO et al., 2010; SILVA et al., 2016; BOMFIM et al., 2017). Tal relação evita a centralização do saber e permite a troca de conhecimento e experiências entre os envolvidos:

Na educação, por exemplo, a teoria e a prática não andam juntas, é ruim, só a teoria ou só a prática, as duas têm que andar juntas. Acredito firmemente que o conhecimento deve ser construído e adquirido com a participação de educadores e educandos, numa relação mútua. Cada educador cresce a cada ação de educação que ele faz. Se ele estiver impermeável a crescer, ele já é um conservador. A educação é um processo de construção que envolve os

dois, educador e educando. É um processo em que o poder deve estar na relação e não em um dos polos, nem aqui nem lá (A6).

Quando se parte da realidade dos sujeitos, o processo de aprendizagem pode ser denominado de aprendizagem significativa, teoria esta que se aproxima da EPS, onde faz sentido e os sujeitos atribuem significado as experiências que vivenciam, atribuindo aí a problematização, a participação e a reflexão crítica dos sujeitos. Sendo assim, o trabalho em saúde atribui ao trabalhador a atribuição de mediador entre as necessidades dos usuários e os saberes técnicos já estruturados, considerando neste processo a singularidade de cada sujeito:

Então, me parece que umas das grandes características desse serviço, e disso eu me orgulho muito, é a possibilidade de o trabalho ser discutido continuamente. Então você tem situações mais formais de temas que são arrolados durante o ano, ou grupos de trabalho que se encontram. Você tem grupos de trabalho onde as pessoas estão discutindo as questões dos programas e aquilo é uma coisa mais formal dentro do início de uma linha de desenvolvimento com meio, fim e avaliação (A6).

A realidade que os artigos trouxeram foi de que durante a formação profissional não existe o contato com a temática de educação permanente, salvo A exceção da busca partir do aluno com este tema, permanecendo assim somente com disciplinas meramente tecnicistas:

Não, durante o meu curso, não. Não falavam ainda nesse tema, só se era em outros, talvez falassem em outros momentos (A8).

Não. Somente na especialização que a gente tá cursando agora, a residência multiprofissional (A8).

Não. Na escola mesmo eu nunca ouvi falar, nem aqui no trabalho. No colégio eu nunca ouvi e pra começar foi muito pra trás, aí, era muito atrasado mesmo. Mas eu nunca ouvi falar, não (A8).

Que eu me lembre, não. Eu vim conhecer bem essa temática depois da residência aqui no município de Arneiroz, que eu ouvi bem eram vocês que falavam, assim porque podia ser exposta, mas em outra forma, não direcionada, não com essa nomenclatura (A8).

Para que os trabalhadores se apropriem e assumam o compromisso com a educação permanente, o incentivo deve iniciar ainda na academia, permitindo a problematização de questões que serão experienciadas na prática profissional, ao término da graduação. O que está presente no momento é a técnica de transmissão do conhecimento, sem relação teoria e prática, o modelo biomédico hegemônico, que influencia a formação na área da saúde,

gerando a tecnicidade e a aplicação da clínica tradicional (CARVALHO; ALMEIDA; BEZERRA; 2016).

O modelo de transmissão de formação presente nos municípios, segundo o artigo (JÚNIOR; MOREIRA, 2017), ainda está baseado em propostas de cursos esporádicos e fragmentados. A educação para os profissionais do SUS ainda se concentra em capacitações e treinamentos, com valorização do saber biomédico e fazendo uso da abordagem metodológica de transmissão de maneira unidirecional do saber. O propósito deste método é de atualização de protocolos, rotinas e procedimentos, seguindo recomendações já estabelecidas pelo Ministério da Saúde (JÚNIOR; MOREIRA, 2017).

O processo formativo na área da saúde ainda privilegia uma formação focada em segmentos profissionais, não ampliando a compreensão frente a proposta de educação permanente. Este, por sua vez, se restringe a um conjunto de conteúdo, com enfoque biologicista e com ênfase na prescrição de protocolos e procedimentos, seguindo na lógica descontinuada, fragmentada e descontextualizada da realidade nos territórios (JÚNIOR; MOREIRA, 2017).

A compreensão sobre educação em saúde e educação permanente foi discutida nos artigos analisados, uma vez que a educação em saúde trabalha numa perspectiva individual ou familiar, não necessariamente contextualizada, mas com a característica de transmissão unidirecional e vertical de conteúdo, onde o profissional detém o conhecimento e deposita no usuário as informações atualizadas e corretas. Já a educação permanente, desconhecida ainda em municípios brasileiros, assume o papel da educação continuada e focada em capacitações e atualizações para que o profissional transmita as orientações ao usuário (TESSER et al., 2011).

A prática profissional revelada nos artigos são de que a realidade da APS ainda é de utilizar metodologias tradicionais de ensino:

[...] eu tenho sempre uma pauta de assunto com eles (A14).

[...] eu sempre gosto de falar pra eles qual a resposta que eu dou, pra eles terem uma noção de como fazer. Eu sempre gosto de deixar a par [...] (A14).

A educação permanente do profissional da saúde, não se limita apenas a transmissão de informações atualizadas e técnicas, protocolos ou normas. Ela deve considerar as experiências prévias e o conhecimento dos atores envolvidos, com vistas a elaborar um processo educativo compartilhado e construído com a bagagem de cada um e a partir de situações que surjam no cotidiano de trabalho.

[...] se precisar fazer alguma orientação, até de PKU, idade certa, vacina, tudo a gente tira neste horário, fora isso também na reunião de equipe, que a gente passa alguns comunicados, faz alguma orientação de um modo geral (A14).

[...] o dia a dia, deles, durante as visitas, ou no atendimento aqui na unidade, alguma coisa que eu consigo pegar na recepção, né que eles tenham dificuldade em orientar no balcão e aí a gente tenta né, vê, o que está mais sendo deficitário para eles e a gente aborda nas reuniões que a gente faz (A14).

No artigo em que relata a experiência com EPS no município de Florianópolis, Lino et al. (2009) evidencia a preocupação dos dirigentes de serviços públicos frente às questões administrativas, como área física necessária para as atividades, acesso a novas tecnologias, dentre outros. Embora sejam importantes na área da saúde estas questões, pois vão ao encontro da melhoria da assistência prestada, não se pode desconsiderar a educação dos trabalhadores inseridos nestas instituições, da desmotivação frente às questões sociopolíticas e econômicas e da realidade a que estão vivenciando. A educação que recebem é dada nos moldes da educação bancária, com o professor despejando todo o seu conhecimento para o aluno apreender de maneira instantânea e sem questionamentos para reproduzir mais adiante (LINO et al., 2009; FREIRE, 1987).

Neste cenário retratado, observou-se a falta de estímulo da prefeitura local frente à PNEPS, sendo disponibilizado apenas cursos e capacitações, obrigatórias e padronizadas nacionalmente, com o intuito de atualização de conhecimento dos profissionais da APS:

Ainda é muito incipiente e não é desenvolvido de acordo com as necessidades do serviço. Está muito aquém das reais necessidades do serviço (A15).

A EP deveria ser frequente, planejada. Deveria ter um estímulo por parte da SMS para que o profissional se capacitasse cada vez mais. Por exemplo, eu desejava fazer uma especialização e pedi para que a prefeitura liberasse e auxiliasse com os custos da pós-graduação. Isto porque o conhecimento adquirido iria beneficiar o usuário da ULS, mas tive meu pedido negado (A15).

Acredito que todos os serviços e instituições deveriam ter pessoas responsáveis por um setor de EP e fazer somente isso, para garantir o planejamento, implantação, implementação e avaliação de ações de educação (A15).

A metodologia adotada, pelos serviços de Florianópolis, como a maioria dos municípios do país, ocorre através da metodologia tradicional, com iniciativas descendentes e padronizadas, primando pela legitimação da educação continuada, segundo a PNEPS. Alguns sujeitos do estudo em questão, trouxeram a necessidade de transformação desta metodologia, configurando um modelo mais participativo, ascendente e articulado ao contexto de trabalho em saúde, conforme a Política Nacional de EP preconiza. Esta visão ampliada, acaba por despertar uma consciência política e ética dos profissionais, abrangendo também a dimensão de treinamentos e atualizações em serviço (LINO et al., 2009).

A metodologia é variada; algumas vezes, tradicional, através de aulas expositivas, e outras, através de oficinas e debates (A15).

O programa de orientação introdutória trata de temas como: filosofia do hospital, ética, as diferentes avaliações que irão passar ao longo do seu trabalho dentro da instituição, mas tudo na forma de oficinas. Trata-se de algo bem lúdico. Então todas essas questões são apresentadas para o novo funcionário para que ele se sinta incluído na instituição (A15).

Algumas especialidades mantêm continuamente abertura para profissionais de fora virem aqui fazer uma reciclagem por um período de três meses (A15).

A formação na área da saúde tem real importância na construção do SUS e é neste cenário que se preconiza a EPS, como instrumento para a mudança e transformação da sociedade. Pois “as transformações sociais e educacionais têm repercussões nos modos de produzir, nos diferentes campos do saber e de produção de bens de serviços (RICARDI; SOUSA, 2015; SENA et al., 2017, p. 15).

#### 4.2.2 A gestão e a Educação Permanente em Saúde

Entre os estudos que contemplam a EPS frente à gestão – seja municipal, estadual ou federal – onze estavam relacionados aos gestores e afirmavam que este profissional desconhece a EPS ou confunde-a com outros conceitos, como o de educação continuada ou o de educação em saúde (RICARDI, SOUSA, 2015; SILVA et al., 2017; SILVA; PEDUZZI, 2011; MISHIMA et al., 2015; CARVALHO; ALMEIDA; BEZERRA, 2016; LIMA; ALBUQUERQUE; WENCESLAU, 2014; JÚNIOR; MOREIRA, 2017; TESSER et al., 2011; LINO et al., 2009; PERES; SILVA; BARBA, 2016; BOMFIM et al., 2017).

Ficou claro que os gestores acabam por não valorizar este importante instrumento ou ferramenta de gestão destinada ao aperfeiçoamento pessoal e das equipes, assim como a revitalização do conhecimento, a geração de mudanças e por fim, a qualificação da gestão e da atenção. O estímulo observado, por parte da gestão, fica restrito apenas à participação em cursos e treinamentos que visam o aprimoramento tecnicista individual e são focados em categorias profissionais (SILVA et al., 2017; MISHIMA et al., 2015; LIMA; ALBUQUERQUE; WENCESLAU, 2014; LINO et al., 2009).

Frente à análise dos dados deste estudo, ficou evidente que os gestores da APS não demonstram interesse em estabelecer em seus municípios ações educativas sistematizadas que considerem as necessidades de saúde da população, pois desconhecem os preceitos da EPS e sua valorização enquanto política, assim como a importância da formação de trabalhadores para atuar no SUS (SILVA et al., 2017).

As questões discutidas acima poderiam ser atribuídas ao fato de a formação não ser considerada entre os profissionais que ocupam cargos de gestão, visto que foi verificado que na área da saúde ela ainda não é pré-requisito para ser gestor, como apontam quatro dos artigos (SILVA et al., 2017; MISHIMA et al., 2015; LIMA; ALBUQUERQUE; WENCESLAU, 2014; LINO et al., 2009). Este fato contribui para explicar o achado de que não é exigido dos gestores ter conhecimento das especificidades do SUS e de suas diretrizes, assim como dos níveis de atenção. Muitas questões interferem neste processo, como as questões político-partidárias, deixando o critério técnico em segundo plano (SILVA et al., 2017; MISHIMA et al., 2015; LIMA; ALBUQUERQUE; WENCESLAU, 2014; LINO et al., 2009).

No artigo de Ricardi e Sousa (2015), foi verificado que na percepção dos coordenadores, o chamado “repasso” de informações é importante e indica interesse por parte do profissional, indicando melhora no atendimento à população:

Então, eles têm uma receptividade muito boa, quando a gente solicita para treinamento, mesmo os enfermeiros, o que eles querem, sabem que a gente está somando ao trabalho deles. É mais uma informação que eles vão ter, mais um treinamento que eles terão para atender àquela população, àquela comunidade, então acho que é só somar. (A3).

Neste mesmo contexto, na visão do profissional que está na assistência, percebe-se que o interesse em realizar treinamentos é para obter informações recentes acerca de determinado assunto, assim como, de permitir uma atualização de suas práticas, mesmo que pontuais e fragmentadas e que pouco repercutirá na prática profissional e na organização do trabalho. O que indique que os profissionais referem o desejo em se inserir em um projeto de EP e



também de que a gestão assegurasse as condições para que esta Política se efetivasse no cotidiano de trabalho das unidades de saúde.

Segundo o estudo de Silva et al. (2017), a incipiência ou ainda ausência de propostas educativas de EPS, evidencia o quanto esta Política de educação ainda não adentrou em sua totalidade nos serviços de saúde; nesta perspectiva observa-se também o desconhecimento ou não interesse por parte dos gestores da APS, em estabelecer nos seus municípios atividades educativas de maneira sistematizada e conforme as necessidades dos trabalhadores e usuários. Destaque ainda neste estudo foi de que a postura dos gestores independe de sua formação acadêmica, visto que nenhum dos participantes desta pesquisa mencionou utilizar a EPS como uma estratégia educativa para promover o desenvolvimento dos trabalhadores e com vistas a qualificação da assistência, sendo observado:

Nós vamos utilizar as ferramentas que temos hoje. A própria CRS nos ajuda bastante, a própria universidade também é um parceiro para que possamos melhorar isso, e a ideia é que nós tenhamos uma equipe qualificada (A4).

Sendo assim, fica evidente que o simples fato de não existir alguma ação de EPS ou de compreensão da oferta de propostas, deve-se ao não investimento e não valorização da educação enquanto precursora de mudanças no processo de trabalho. As mudanças no modo de gestão e atenção está vinculada às ações a atividades educativas de EPS, com objetivo de inovar e transformar práticas e processos.

Um dos principais aspectos do trabalho de um gestor é a organização do trabalho, sendo assim, ficou claro segundo resultados do artigo de Silva e Peduzzi (2011), que as atividades educativas são essenciais e pertencentes a organização do trabalho em saúde, podendo se dar em espaços considerados informais, como uma discussão de casos, até espaços considerados como formais, como reuniões previstas no cotidiano de trabalho. Nestes momentos se possibilita a discussão contínua das práticas de saúde, sua finalidade, organização e características subjetivas em atender as necessidades educativas dos trabalhadores em seu cotidiano de trabalho.

Então, me parece que umas das grandes características desse serviço, e disso eu me orgulho muito, é a possibilidade de o trabalho ser discutido continuamente. Então você tem situações mais formais de temas que são arrolados durante o ano, ou grupos de trabalho que se encontram. Você tem grupos de trabalho onde as pessoas estão discutindo as questões dos programas e aquilo é uma coisa mais formal dentro do início de uma linha de desenvolvimento com meio, fim e avaliação (A6).

Na perspectiva da EC, os gestores compreendem e reconhecem a necessidade de os

profissionais de saúde se atualizarem constantemente, qualificando assim a sua prática, com uma revisão contínua de ensinamentos:

EP pra mim é o desenvolvimento continuado do profissional em saúde após a graduação no exercício de sua prática diária. Você está sendo capacitado, requalificado constantemente para que você possa desenvolver suas ações (A19).

EP é aquela educação feita sempre [...] mesmo as profissionais que já sabem o assunto, mas tem sempre que estar passando por uma reciclagem e cursos (A19).

As constantes mudanças de partidos no governo, segundo o artigo de Peres, Silva e Barba (2016), foram evidenciadas como uma dificuldade para a PNEPS. A alternância de partidos faz com que de maneira errônea, impossibilite o planejamento da EPS de acontecer de maneira contínua. O que deveria acontecer é que quando o governo assumisse, independente de sua ideologia ou partido, as políticas públicas continuassem a ser discutidas conforme preconizadas e planejadas. O principal é saber estabelecer a diferença entre política pública, que atravessa diversos mandatos e a política de governo, que tem a íntima relação com o mandato eletivo (SILVA, 2011). As políticas públicas de Estado, ao exemplo da PNEPS, são construídas por movimentos coletivos e através de conquistas históricas e com esforço da população em geral, não devendo ser moldadas a cada governo que assume um mandato, elas devem ser garantidas por todos governos de qualquer partido que seja, sem relação a interesses eleitorais (PERES; SILVA; BARBA, 2016).

A percepção dos gestores, conforme o artigo de Mishima et al. (2015), foi de uma EPS como um instrumento através do qual seja possível se integrar às diretrizes norteadoras do SUS, possibilitando com que os trabalhadores possam intervir de maneira ativa e direta no seu cotidiano de prática de saúde, permitindo uma divisão de responsabilidades entre os envolvidos, assim como a reflexão dos processos de trabalho, com vistas a um planejamento das ações em saúde:

Após o projeto, houve sim, esse envolvimento dos trabalhadores que começaram a ver com um novo olhar mesmo, porque não se tinha trabalhador aqui mesmo envolvido com a saúde, muita gente não sabia o que era SUS (A7).

Reflexão de processos de trabalho, construção de planejamento junto, na linha de cogestão, desta forma né? E até pensar em processos de trabalho (A7).

Os gestores dos serviços públicos de uma maneira geral, ocupam-se prioritariamente com questões administrativas, como área física, tecnologias e outros, deixando para segundo

plano as ações relacionadas à formação dos trabalhadores das instituições e a assistência prestada por eles. Muitas são as questões envolvidas nos processos de trabalho, sejam elas, sociopolíticas ou econômicas, que acabam por desmotivar e prejudicar o andamento dos serviços de saúde (PERES, 2016). Sendo assim, o investimento no conhecimento dos profissionais, através da educação permanente, acaba por ficar relegado, para muitos gestores, e quando se efetiva se dá através da denominada educação bancária ou tradicional, na qual é observado apenas a transmissão verticalizada do conhecimento, onde tem o detentor do conhecimento e o indivíduo a que se destina tal atividade e que se limita apenas a apreender tudo que lhe é ofertado e após reproduzir no seu cotidiano de trabalho (FREIRE, 1987). O que foi observado no artigo de Lino et al. (2009), é de que os gestores no nível municipal, por vezes, encaminham aos seus trabalhadores capacitações prontas, obrigatórias e padronizadas nacionalmente, pela gestão tripartite, desconsiderando assim, as questões subjetivas dos territórios e as necessidades locais apresentadas:

Ainda é muito incipiente e não é desenvolvido de acordo com as necessidades do serviço. Está muito aquém das reais necessidades do serviço (A 15).

A importância e a necessidade da educação permanente requerem que seja trabalhada no conjunto da gestão da APS com os trabalhadores deste nível de atenção. A articulação entre Estados e Municípios deve existir neste contexto para garantia de uma Política Nacional como a de Educação Permanente em Saúde, pois neste processo surgirão obstáculos e dificuldades, em especial aos municípios de pequeno porte, e esta troca é essencial para que a EPS se efetive (JÚNIOR; MOREIRA, 2017). A priorização da EPS pelos gestores é de suma importância, uma vez que, somente assim se garantirá espaço institucional e sustentabilidade de tal política. Isto fica evidente na fala a seguir:

Porque essa questão de educação, ela não é uma coisa que tenha um retorno de imediato, não é? Então termina não sendo, tão ainda, uma coisa priorizada. Porque às vezes você faz uma discussão aqui de uma proposta, mas o retorno disso, o impacto disso... A médio e longo prazo... Então não é? Não é tão priorizada (A9).

Segundo os artigos de Carvalho; Almeida; Bezerra (2016) e de Lima; Albuquerque; Wenceslau (2014), foi possível observar que os gestores da Atenção Primária compreendem que as ações de EPS surgem a partir das dificuldades encontradas no dia a dia do trabalho e que este processo seria importante para a qualificação dos trabalhadores e para a melhoria das ações este processo. Para eles, a PNEPS se direciona à formação e ao desenvolvimento dos

profissionais do SUS, sendo esta uma forma de transformação dos processos formativos e das práticas pedagógicas que vêm sendo utilizadas na área da saúde, contribuindo assim para a organização dos serviços, através da articulação entre o sistema de saúde nos três entes federativos, e as instituições formadoras, permitindo a identificação das necessidades de saúde e propondo modificações para a solução dos mesmos. Sendo assim, o conhecimento dos profissionais acerca da PNEPS sinaliza que não está acontecendo uma ação efetiva que a viabilize, fazendo que sua implementação seja fragmentada e sem propósito.

#### 4.2.3 Relação Ensino e Serviço

A formação de recursos humanos para o SUS tem como destaque, segundo os artigos deste estudo (DUARTE et al., 2011; RICARDI; SOUSA, 2015; SILVA et al., 2017; BARTH et al., 2014; SILVA; PEDUZZI, 2011; MISHIMA et al., 2015; CARVALHO; ALMEIDA; BEZERRA, 2016; LIMA; ALBUQUERQUE; WENCESLAU, 2014; BARBOSA; FERREIRA; BARBOSA, 2012; BALBINO et al., 2010; SILVA et al., 2016; BOMFIM et al., 2017), o Projeto PET SAÚDE, desenvolvido em unidades de saúde da família no país. Em especial o estudo realizado no município de Cuiabá, estado do Mato Grosso. Foi uma experiência de alunos da graduação inseridos no contexto de APS, em um programa de educação permanente para ACS em relação aos casos de tuberculose do município. Nesse estudo, a Estratégia de Saúde da Família é tida como um potente espaço de aprendizagem no trabalho, permitindo com isso um aprimoramento do cuidado em saúde desta população (CORIOLANO et al., 2012).

As denominadas parcerias entre os serviços de saúde e as instituições formadoras foram consideradas em alguns estudos como pontos facilitadores (RICARDI; SOUSA, 2015; SILVA et al., 2017; LIMA; ALBUQUERQUE; WENCESLAU, 2014; LINO et al., 2009).

[...] é uma faculdade que tem o curso de nutrição também. Então, fica a professora, com a estagiária, diretamente com essas equipes. Elas trabalham a questão da formação do agente comunitário, tanto em aferição antropométrica, como em alimentação saudável, e trabalham também com a comunidade (A3).

A interação entre ensino, pesquisa e serviço se faz essencial, principalmente no que concerne aos processos de educação permanente. Como citado por Ceccim e Feuerwerker (2004), a EPS, quando incorporada ao contexto de trabalho das equipes, faz com que o SUS não seja apenas um campo de estágio ou de aprendizagem, mas sim, como essencial no

processo de interlocução das instituições formadoras, assim como, na formulação e implementação de projetos políticos-pedagógicos na formação profissional (RICARDI; SOUSA, 2015).

Neste contexto estão as Escolas Técnicas de Saúde do SUS, que são instituições públicas criadas, a partir de 1980, com vistas a qualificar e a formar os trabalhadores do SUS, de nível fundamental e médio, os quais não possuíam qualificação para a função que desempenhavam (RICARDI; SOUSA, 2015).

No artigo de Barth et al. (2014), onde foi avaliado as concepções e práticas de EPS realizadas por enfermeiros da APS, surgiu na categoria de “práticas de educação permanente em saúde dos enfermeiros”, que os participantes estavam presentes nas atividades propostas e dirigidas ao núcleo de enfermagem, assim como, ações que eles realizavam com a equipe e usuários. Nas atividades que eles participavam, foi destacado que eles procuravam fazer cursos e treinamentos oferecidos pela Secretaria de Saúde ou a Coordenadoria, mas também procuravam cursos de pós-graduação para aperfeiçoamento:

A única coisa que nós discutimos na verdade é quando vem das capacitações, alguns nós discutimos entre nós que somos as enfermeiras [...]. Os cursos que nós temos, que são fornecidos pela 19ª, pelo posto de saúde também, acho que isso também é educação, cada mês ou a cada quinze dias aparece uma capacitação para nós (A5).

Nós temos um grupo grande de enfermeiros, então nós estamos agora fazendo uma pós em gestão da saúde (A5).

A importância da troca entre os serviços de saúde e a universidade foi destacada também no artigo de Carvalho; Almeida; Bezerra (2016), onde é enfatizado que a parceria pode contribuir para ambos, servindo como um qualificador dos serviços e consequente motivador para com os profissionais:

É, essa é uma discussão muito grande que eu tenho lá, com a Fulana, com as meninas do DRS, porque eu acho assim, que pelo município Branco ser nosso polo do DRS, tudo acontece lá. Então assim, os municípios, agora, eles estão cada vez mais separados pra receber capacitação, pra receber trabalho conjunto de Universidade. Aqui a gente tem um trabalho muito legal com a Universidade X, né? Que é o pessoal do PET, direto eles tão aqui apoiando a gente, os projetos. A gente faz uma troca muito grande, a gente dá material pra pesquisa pra eles e eles trocam com conhecimento científico com a gente, então essa troca a gente vê que ganha muito, muito, muito. Eu acho que a DRS devia fazer essa troca, devia conhecer, né? (A7).

A relação do ensino superior com a EP ainda é escassa e conceitualmente traz esta temática como uma formação dos profissionais do SUS, de acordo com as necessidades dos

serviços e da comunidade, mas abordando apenas atualização de técnicas, não considera a reflexão do contexto de trabalho e nem que seja um processo diário e que objetiva mudanças nas rotinas, como referido:

A educação permanente em saúde, no meu pensamento, é um ensino de formação da saúde, né, que compõe o SUS, bem como dos usuários, repassar o conhecimento como uma forma de prevenir algumas doenças que com o mínimo de conhecimento da população poderiam ser evitadas (A8).

A educação permanente, ela é uma educação que ela não é hierarquizada [...] mas ela é com base na necessidade dos profissionais. Então, às vezes no serviço tem uma necessidade, e outro serviço tem outra necessidade, e aí é com base na identificação dessa necessidade que a gente vai trabalhar pra aprimorar a assistência prestada em todos os níveis (A8).

A educação permanente em saúde, acredito que na verdade são os momentos de formação com os profissionais da saúde (A8).

A educação permanente é aquela formação que acontece no próprio ambiente de trabalho. Assim, a partir das nossas dúvidas que acontecem é no exercício profissional e a partir do momento que há uma formação no próprio serviço, ele configura uma educação permanente em saúde. No entanto, assim, às vezes a demanda ela pode vir do próprio serviço, né, é assim na medida em que atende os pacientes ou pode ser uma demanda que seja proposta, né? (A8).

Uma consideração abordada no artigo de Carvalho; Almeida; Bezerra (2016), foi de que os profissionais com ensino superior apresentaram uma percepção que contempla o conceito e premissas da EPS. Já vivenciaram em algum momento, seja de capacitação, cursos, residências multiprofissionais em saúde, ou com Telessaúde. Esta constatação indica que a articulação entre ensino e serviço é essencial, e que a formação no trabalho deve estar presente nos municípios do país a fim de garantir que a PNEPS se faça presente nos cotidianos de trabalho das equipes de saúde:

Já ouvi falar sobre essa política, sim, mas não foi detalhado e explicado sobre o que é (A8).

Assim eu já ouvi alguma coisa, já li, se eu não me engano, pra algum concurso, mas, assim, eu não tô, eu vou dizer que eu não conheço, assim, tudo que ela diz, porque eu não sei profundamente, não, eu tô um pouco distante do que a política nacional diz, assim, sobre aplicabilidade, diretrizes (A8).

Os cursos de graduação na área da saúde, em sua maioria, não apresentam ainda uma formação que integre o ensino, o trabalho e a cidadania, fazendo com que se potencialize apenas as competências profissionais, centradas nas categorias profissionais e com vista

apenas a contextualização do aprendizado técnico-científico-conceitual às necessidades da população assistida, desconsiderando por completo as temáticas que se fazem importantes no cotidiano de trabalho e que de maneira subjetiva se fazem presentes nos mesmos (CARVALHO; ALMEIDA; BEZERRA, 2016).

Portanto é preciso se repensar a formação em saúde no Brasil, cursos de graduação ainda centrados no modelo biomédico e hegemônico, que almejam apenas uma formação com ênfase na tecnicidade e na clínica tradicional. A formação precisa ser uma prioridade quando se pensa em sistema de saúde, e através da Política de Educação Permanente se pode começar a propor esta mudança de paradigma e assim em um processo contínuo se reestruturar o sistema de saúde brasileiro (CARVALHO; ALMEIDA; BEZERRA, 2016).

Não, durante o meu curso, não. Não falavam ainda nesse tema, só se era em outros, talvez falassem em outros momentos (A8).

Não. Somente na especialização que a gente tá cursando agora, a residência multiprofissional (A8).

Não. Na escola mesmo eu nunca ouvi falar, nem aqui no trabalho. No colégio eu nunca ouvi e pra começar foi muito pra trás, aí, era muito atrasado mesmo. Mas eu nunca ouvi falar, não (A8).

Que eu me lembre, não. Eu vim conhecer bem essa temática depois da residência aqui no município de Arneiroz, que eu ouvi bem eram vocês que falavam, assim porque podia ser exposta, mas em outra forma, não direcionada, não com essa nomenclatura (A8).

Segundo Arruda (2001), o novo perfil de profissional de saúde requer novos processos de formação e EP, considerando o território das equipes como pertinentes à transformação do ensino e das práticas. O que deve ser considerado é que a formação de recursos humanos para o SUS deve objetivar a diminuição das formações incipientes, e que as práticas desenvolvidas deem conta da demanda imposta no mercado de trabalho.

Para o desenvolvimento de competências no exercício da profissão, o mais importante seria a interação do contexto em que se realiza, garantindo a qualificação progressiva do aprendiz, e é neste contexto que se expressam alguns obstáculos como: o distanciamento que existe entre a teoria e prática ou entre ensino e serviço, e as dificuldades de avaliação dos profissionais envolvidos ao longo do processo (BALBINO et al., 2010)

Ceccim (2005) afirma que existe uma discussão entre gestores do SUS, os docentes e as escolas para a promoção de estratégias educativas, não apenas considerando a técnica, mas

também, as relações entre os envolvidos e contextualizado unto à realidade dos profissionais da saúde, com vista a transformação da mesma. A relação entre ensino e serviço, muitas vezes, se apresenta nas realidades da APS através de cursos oferecidos, esporadicamente pelas instituições formadoras. Isso é feito de uma forma que não condiz com a realidade dos serviços de saúde, contando com educadores externos, dentre eles docentes e discentes, e não contemplado a metodologia da EPS mas focalizando a atualização de técnicas com processos verticalizados, fragmentados e não contextualizados (SILVA et al., 2016).

As Residências Multiprofissionais em Saúde da Família (RMSF), foram citadas como um dispositivo para se fortalecer a relação entre o ensino e os serviços, sendo o propósito desta a formação em serviço. As residências têm a Educação Permanente como perspectiva metodológica, permitindo assim um aprofundamento de teorias nos processos de trabalhos ou dos usuários que frequentam os serviços de saúde, tornando uma estratégia de esclarecimento e soluções dos problemas que emanam do território. A aprendizagem no trabalho tem sua importância reconhecida nas reflexões coletivas acerca das vivências e obstáculos identificados, contribuindo assim para a formação dos profissionais das equipes de Saúde da Família e, conseqüentemente, para a concretização dos princípios do SUS (NOGUEIRA et al., 2010).

#### 4.2.4 O profissional enfermeiro como responsável pela EPS

O profissional enfermeiro foi um destaque neste estudo, pois dentre todos os profissionais envolvidos nos processos de educação permanente, o enfermeiro é sem dúvida o responsável pela grande maioria de experiências publicadas. Inúmeras são as justificativas para a presença deste profissional, mas o que mais se destacou foi devido a sua formação, com enfoque gerencial à equipe de enfermagem, nas atividades com os agentes comunitários de saúde (ACS), com a equipe de enfermagem (técnicos e auxiliares de enfermagem) bem como, com os usuários na Atenção Primária, e que frente a EP assume a liderança de facilitador nas unidades de saúde na APS.

Discute-se também a importância em se investir na formação destes profissionais para que atuem utilizando a metodologia de EP, priorizando a problematização e reflexão dos cotidianos de trabalho (SILVA et al., 2017; BARTH et al., 2014; CARVALHO; ALMEIDA; BEZERRA, 2016; SENA et al., 2017; JÚNIOR; MOREIRA, 2017; TESSER et al., 2011;



COSTA et al., 2010; BARBOSA; FERREIRA; BARBOSA, 2012; LINO et al., 2009; SILVA et al., 2016).

Eu trabalho educação permanente relacionada com as agentes de saúde (A5).

Aqui a educação permanente é realizada com dinâmicas, eu procuro assuntos atualizados, até material em Power Point, essas coisas, assim eu proporciono para a equipe (A5).

A minha prática acaba sendo mais com os pacientes em si, de estar sempre revendo se eles estão tomando os medicamentos corretos, de estar sempre explicando a forma de tomar o remédio correto, de estar sempre dando informações acerca dos medicamentos, da própria patologia deles (A5).

A existência de muitos processos de EPS sendo realizados como educação continuada, deve-se ao fato também, que a condução dos mesmos seja realizada pelo enfermeiro, profissional este que traz em sua bagagem de experiências a educação tradicional, perpassada pelo modelo biomédico de foco somente na ausência da doença, de maneira fragmentada e pontual, se relaciona com a Política de Educação Permanente com o simples propósito de atualizar conteúdos e práticas relacionadas ao fazer profissional. Isto foi observado em três artigos (BARTH et al., 2014; CARVALHO; ALMEIDA; BEZERRA, 2016; BARBOSA; FERREIRA; BARBOSA, 2012), onde concluíram a necessidade de romper com o paradigma de ensino aprendizagem tradicional, promovendo a educação no trabalho, onde os profissionais assumam papéis de coautores de suas ações e assim busquem a modificação de suas práticas, e no coletivo produzam novos modos de gerir e agir em saúde.

O desenvolvimento de ações de EPS voltadas aos agentes comunitários deve-se a atribuição gerencial do enfermeiro para com estes profissionais na Atenção Primária, assim como a responsabilidade pela equipe de enfermagem. A partir da implantação da Política Nacional da Atenção Básica, com a Portaria nº 646 de 2006 e após complementada pela Portaria nº 2.488 de 2011, ampliam o nível de atenção à saúde, dentre eles: de planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS em conjunto com demais membros da equipe, contribuindo com a formação dos mesmos, mas sempre conservando o caráter participativo e compartilhado com a troca de experiências e saberes (BRASIL, 2017).

Frente a isso, evidencia-se o potencial do enfermeiro no desenvolvimento e condução de atividades de EPS, não apenas com os ACS, mas com os demais integrantes da equipe de saúde. No entanto, deve estar fundamentada e inserida no contexto de trabalho, contribuindo para a aprendizagem no mesmo, do compartilhamento de experiências e saberes, de forma ascendente e descentralizada, partindo das necessidades locais dos territórios.

Pode-se verificar em dez artigos (SILVA et al., 2017; BARTH et al., 2014; CARVALHO; ALMEIDA; BEZERRA, 2016; SENA et al., 2017; JÚNIOR; MOREIRA, 2017; TESSER et al., 2011; COSTA et al., 2010; BARBOSA; FERREIRA; BARBOSA, 2012; LINO et al., 2009; SILVA et al., 2016) a falta de conhecimento dos enfermeiros sobre as políticas que regem o SUS, dificultando assim a ocorrência de modificações nos serviços, pois os profissionais precisam se identificar com as diretrizes e orientações das políticas como ferramentas de trabalho. É notória a necessidade em se discutir a PNEPS nas equipes de APS, no entanto a percepção da importância da formação profissional para o SUS ainda está muito aquém do desejado.

No artigo Sena et al. (2017), foi analisada a EPS desenvolvida no estado de Minas Gerais no ano de 2014, que obteve como achado, a presença em 71% dos municípios do profissional enfermeiro nas práticas de EPS e concluiu que a participação significativa se deu pela importância desta categoria nas ações desenvolvidas nos diferentes pontos de atenção, em especial na APS, que são elas: assistenciais, de planejamento, de organização e avaliação da educação (OLIVEIRA et al., 2011).

A atuação do enfermeiro se destaca em sua essência e especificidade de cuidar o ser humano de maneira individual ou coletiva, na família ou comunidade, desenvolvendo atividades de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde em equipe. Em meio as suas competências, sobressai a de liderança como sendo um instrumento de trabalho fundamental. Neste contexto de coordenação de uma equipe de saúde, o enfermeiro também contribui quanto a tomada de decisões e ao enfrentamento de conflitos gerados na equipe (ROCHA; ALMEIDA, 2000). No que se refere ao processo de gerência, o enfermeiro utiliza maior parte de seu tempo em reuniões administrativas e envolvido com atividades burocráticas que lhe são atribuídas. No estudo de Barbosa; Ferreira e Barbosa (2012) observa certa dificuldade neste profissional em delegar ações, sendo atribuído isto a sua formação em saúde ainda marcada pelo modelo clínico e pela necessidade em se demarcar a divisão social do trabalho

Nesta categoria, formação profissional, surgiram aspectos que a caracteriza no setor da saúde, esfera propícia para que se desenvolva uma educação unidirecional e baseada no modelo biomédico, considerando a ciência como única responsável pelos processos de ensino aprendizagem. Ficou evidente que princípios como a integralidade não podem ser consideradas como estando presente em um sistema de saúde pautado por esta lógica tradicional de ensino, que preza a atualização por categoria profissional, mesmo que seja na perspectiva do aprimoramento de uma técnica de trabalho e não de um processo de trabalho,

ainda que considere uma equipe multidisciplinar e que a reflexão e a problematização devam se fazer presente. A categoria profissional da enfermagem é a mais expressiva segundo os artigos deste estudo, ainda que de maneira equivocada quanto a educação permanente, sendo vista como exclusivamente um curso ou capacitação profissional, sendo desenvolvida por um profissional formado no modelo hegemônico e biomédico da saúde.

#### 4.3 SUS E POLÍTICA A PÚBLICA

Na categoria intitulada SUS e Política Pública, apresentaram-se como expressivas as subcategorias a finalidade da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde; as dificuldades de implementação da mesma, e as questões relacionadas ao financiamento desta Política.

No Quadro de nº 7, foram apresentados os achados referentes a categoria SUS e Política Pública, podendo ser visualizado os autores que se referiram nesta temática, assim como o ano das publicações em questão.

Quadro 7 - Artigos incluídos na categoria: SUS e Política Pública

<b>SUS e Política Pública</b>	<b>Autores</b>
<i>Finalidade da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS)</i>	CORIOLOANO et al. (2012) DUARTE et al. (2011) RICARDI; SOUSA; (2015) SILVA et al. (2017) BARTH et al. (2014) SILVA; PEDUZZI; (2011) MISHIMA et al. (2015) CARVALHO; ALMEIDA; BEZERRA; (2016) LIMA; ALBUQUERQUE; WENCESLAU; (2014) SENA et al. (2017) JÚNIOR; MOREIRA; (2017) TESSER et al. (2011) COSTA et al. (2010) BARBOSA; FERREIRA; BARBOSA; (2012) LINO et al. (2009) BALBINO et al. (2010) PERES; SILVA; BARBA; (2016) SILVA et al. (2016) BOMFIM et al. (2017) ANDRADE et al. (2016)
<i>Dificuldades de implementação da PNEPS</i>	RICARDI; SOUSA; (2015) BARTH et al. (2014) LIMA; ALBUQUERQUE; WENCESLAU; (2014)

	PERES; SILVA; BARBA; (2016)
<i>Financiamento da EPS</i>	RICARDI; SOUSA; (2015) SENA et al. (2017) TESSER et al. (2011) PERES; SILVA; BARBA; (2016)

Fonte: Sistematização da autora

#### 4.3.1 A finalidade da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS)

A qualificação profissional é uma subcategoria que pode ser construída durante a revisão dos artigos incluídos neste estudo, visto que a formação acadêmica dos profissionais da saúde evidencia-se como incompleta, e este despreparo prejudica a atuação dos trabalhadores nas equipes de saúde da família na perspectiva da integralidade, da universalidade e da intersetorialidade. A qualificação dos serviços e da atenção à saúde também foi verificada neste estudo como um complicador no direcionamento e na implementação de políticas públicas, repercutido na falta de reconhecimento de problemas do cotidiano de trabalho como instrumento de formação dos profissionais de saúde.

As premissas da PNEPS, expressas na Portaria 1.996/2007, indicam que sua implementação deve considerar as especificidades regionais, a superação das desigualdades regionais, as necessidades de formação e desenvolvimento para o trabalho em saúde e a capacidade já instalada de oferta institucional de ações formais de educação em saúde. Também ressalta que precisam ser consideradas as áreas e atores envolvidos, o conceito de educação permanente, a metodologia da problematização e o financiamento da mesma (BRASIL, 2007).

Nos artigos revisados foi possível observar que todos eles trouxeram de forma explícita o que seria esta política e sua relação com os serviços de saúde no Brasil, como a de transformar as práticas profissionais e a própria organização do trabalho (BRASIL, 2009). Partem do pressuposto da aprendizagem significativa, onde o aprender e o ensinar acabam por integrar-se nos processos diários de trabalho, permitindo assim uma reflexão das realidades e dos modelos de atenção existentes identificando as denominadas situações problemas.

Dentre os estudos analisados, foi identificado como um achado o desconhecimento da PNEPS, implantada com o objetivo de ordenar a formação de recursos humanos (RICARDI; SOUSA, 2015; SILVA et al., 2017; BARTH et al., 2014; MISHIMA et al., 2015; TESSER et al., 2011; BARBOSA; FERREIRA; BARBOSA, 2012; PERES; SILVA; BARBA, 2016; SILVA et al., 2016; BOMFIM et al., 2017). Estas pesquisas deixam evidenciado que esta

política não está presente quanto aos seus objetivos nos territórios e na APS de uma maneira geral. Ainda se preza a existência de um modelo verticalizado e fragmentado de educação e esta dificuldade de compreensão dos sujeitos acerca da EPS serve de impasse para a sua implementação, pois se os trabalhadores e, principalmente os gestores, não compreendem a importância da EPS e a desconhecem, não serão observados esforços para que ela seja efetiva nos serviços de saúde na APS.

[...] na verdade eu não tenho conhecimento claro das políticas de saúde, da parte de Educação Permanente (A17).

[...] de escrita, eu não tenho nada de informação, se existe eu não tenho conhecimento (A14).

[...] eu conheço pouco da literatura sobre educação permanente. Não tenho conhecimento dessa política, por isso não tenho o que te dizer. Acredito que seja uma política de capacitação dos trabalhadores da saúde, não tenho conhecimento técnico para dizer mais que isso (A14).

A discussão em torno da formação de recursos humanos para o SUS remete ao desafio de se minimizar os efeitos da formação incipiente dos profissionais, buscando meios que garantam uma prática resolutiva e que consiga atender às demandas apresentadas nos territórios. O desenvolvimento das chamadas competências para o exercício profissional na área da saúde precisa considerar o contexto a que este profissional está inserido, só assim, se conseguirá enfrentar a dicotomia existente entre a teoria e a prática, ou seja, entre ensino e serviço, assim como, a dificuldade existente em se avaliar as competências dos profissionais.

Neste contexto, no artigo 16, foi abordado a necessidade de o profissional ser autodidata, com vistas a buscar com persistência e dedicação a formação necessária para a sua prática renovadora, sendo esse um dos princípios da EP (BALBINO et al., 2010).

Em relação às atitudes, a gente aprendeu a lidar com o público, escutar, acolher. Acolhimento é bem complicado, tem que tentar explicar, fazer algo pra que a pessoa não saia insatisfeita. É por etapa. Antes de chegar lá na vacina, ela vai passar na ética. Nas habilidades, aprendemos novas técnicas, como puncionar com abocate, verificação de sinais vitais, aplicação de injeção, vacinação, curativo. Foi muito proveitoso, a gente sempre tem que tá se renovando. Em relação aos conhecimentos vimos puericultura, procedimentos, vacinação, acolhimento, triagem, princípios do SUS. Eu gosto desse curso porque me sinto valorizada (A16).

Neste contexto, evidencia-se que o processo de aprendizagem deve considerar o aprendiz no centro, aquele que constantemente busca as informações que sirvam para o aprimoramento de suas competências. Sendo assim, salientam-se as diretrizes da educação do século XXI, que preconiza que todos os profissionais da saúde devem estar dotados de

competências, como conhecimento, habilidades e atitudes, que beneficiem os indivíduos e comunidades. Ou seja, que os profissionais tenham se apropriado da capacidade de articular e mobilizar suas competências, com domínio ético e afetivo, colocando essa capacidade em ação para solucionar problemas e para enfrentar situações imprevisíveis no território (NERY, et al., 2009).

A educação permanente preconiza uma prática descentralizada, ascendente e que provoque mudanças nas relações, nos processos e em especial nas pessoas envolvidas. Sendo assim, o Ministério da Saúde propõe como uma política de transformação das práticas de formação, de atenção, de gestão, de formulação de políticas, de participação popular e de controle social na área da saúde (BRASIL, 2005).

Esse discurso traz o entendimento de que a EP deva servir como um subsídio para o crescimento profissional, com vistas a melhoria do processo de trabalho através da busca de conhecimento e determinando o aprimoramento dos indivíduos envolvidos, garantindo assim, atender à demanda e exigências do avanço tecnológico, mas também que ela possa se consolidar como um política pública do SUS, assegurando um novo modelo de organização da atenção básica, com é claro, um novo perfil de trabalhador nos serviços (BALBINO et al., 2010).

No artigo, Costa et al. (2010), concluíram após uma análise da perspectiva de profissionais que atuavam na APS frente a EPS, de que existe certa diferença no discurso dos entrevistados em relação ao grau de formação, o que vinha a influenciar posteriormente nas atividades de ESP desenvolvidas. Perceberam que os trabalhadores de nível superior, dentre eles enfermeiros e médicos, a finalidade da EP era de promoção de conhecimento de maneira complementar à sua formação profissional. Já os profissionais de nível técnico, auxiliares e ACS das equipes, a finalidade era de preparar e adequar o trabalhador no processo de inserção do trabalho. Muitas são as expressões utilizadas para se caracterizar estes processos, dentre elas: aperfeiçoamento, capacitação, treinamento, revisão do trabalho e troca de informações (COSTA et al., 2010).

Isso é importantíssimo porque a gente tem que estar se atualizando. Toda área da saúde é uma área dinâmica, não é tu aprendeu aquilo ali e pronto. (...) tanto os agentes, o pessoal da enfermagem, da área médica, odontológica, todo mundo tem que ter uma atualização profissional (A13).

No que concerne à organização do trabalho, este mesmo artigo (COSTA et al., 2010), traz que é uma finalidade consensual entre as diferentes formações profissionais. Os trabalhadores se referiam a EP como instrumento que facilita alcançar os objetivos da APS.

No entanto, mesmo não sendo considerada o suficiente para a transformação da realidade, a EP tem por finalidade promover a resolutividade das ações, criação de vínculo com a população, discussão e rotinas de trabalho e a melhoria do atendimento:

A finalidade, instrumentalizar, atualizar, para poder estar sempre aberta para incorporar mais conhecimentos e direcionar mais o trabalho, aos resultados, aos objetivos que vão surgindo (A13).

Na perspectiva dos gestores da APS, o fato de a EPS aparecer como eixo central em formato de cursos e treinamentos específicos aos trabalhadores, mesmo que não contemple o que é preconizado na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, acaba por promover a qualificação dos trabalhadores em saúde, aumentando assim a resolubilidade dos mesmos e obtendo melhores resultados junto à população atendida.

Interfere assim, em termos de satisfação né? Porque a partir do momento que você vê a gente mesmo e esses profissionais que trabalham com a gente sendo capacitados e treinados, a gente vê que o resultado é positivo, em relação aos usuários a resposta é positiva, isso acaba assim tendo mais resolutividade, né? Em casos gerais, no atendimento, no acolhimento (A7).

No artigo de Sena et al. (2017), pode-se observar que a finalidade da EPS é de possibilitar a reflexão e intervenção sobre o processo de trabalho, considerando uma realidade existente, com vistas a superá-la, modificá-la, transformá-la em uma situação diferente. Sendo assim, a EPS busca desenvolver práticas educativas baseadas na problematização do cotidiano, considerando a chamada micropolítica do trabalho vivo, e sempre buscando em pauta as atividades educativas já desenvolvidas.

No Brasil a principal estratégia para qualificar o trabalhador do SUS foi a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), a qual traz a aprendizagem baseada no trabalho e para o trabalho, onde aprender e ensinar são indissociáveis e a interdisciplinaridade é primordial para que se consolide o SUS, como um processo social de protagonismo dos envolvidos (JÚNIOR; MOREIRA, 2017).

Neste contexto, a PNEPS deve ser entendida como sendo uma Política Pública, que deve estar presente no país, segundo suas normativas e independente do governo que no momento está na administração, sempre considerando a sua flexibilidade em se adaptar, segundo as necessidades locais, a cada estado ou município do Brasil. O que não pode acontecer é uma flexibilização da política para cada governo que assuma; pois o que a determina é seu planejamento e estruturação contínua, e não deve ser modificado por

interesses particulares pois se trata de um Política Nacional. Assim, “Há que se fazer distinção entre política pública e política de governo, vez que enquanto esta guarda profunda relação com um mandato eletivo, aquela, no mais das vezes, pode atravessar vários mandatos (SILVA, 2011, p. 1020).

As Políticas Públicas de Estado, assim como a PNEPS, foram construídas por movimentos coletivos e através de conquistas e esforços da população, não podendo serem moldadas a cada governo (PERES; SILVA; BARBA, 2016). Sendo assim, a PNEPS almeja capacitar trabalhadores para apreender sua prática profissional como instrumento do e no trabalho, permitindo que se desenvolvam ações a partir daí. A finalidade da EP é a colaboração, em grupos, da aquisição de capacidade de ser seu próprio coautor em um processo de reestruturação de serviços de saúde (RICARDI; SOUSA, 2015).

#### 4.3.2 Dificuldades de implementação da PNEPS

Fatores considerados dificultadores para implementar a Política de EP são apontados, por Peres; Silva; Barba (2016),; dentre eles destaca-se o uso de metodologia ativa que valorize o sujeito enquanto protagonista de seus atos, faça-os com autonomia e curta a experiência diária como uma aprendizagem. Mesmo assim, opta-se por uso de metodologias tradicionais e contrárias ao referido na PNEPS. Para Franco (2007, p. 429), as metodologias educacionais

[...] implementadas com esse viés transformaram-se em verdadeiras máquinas de captura das subjetividades e anulação da capacidade criativa, O não reconhecimento de um saber gerado a partir “da ponta” leva à formação de sujeitos heterônimos (grupo sujeitado em lugar de grupo sujeito) e é a isso que os trabalhadores ficam reduzido, submetido a uma “pedagogia da dependência”.

Os fatores considerados dificultadores estiveram presentes também em outros estudos desta revisão, sendo a rotatividade de recursos humanos uma das mais presentes, visto que a falta de profissionais atuando nos serviços torna-se um obstáculo para o trabalho de qualificação profissional, assim como, em se garantir os princípios e diretrizes do SUS, como o vínculo dos usuários com o trabalhador e o cuidado longitudinal (LIMA; ALBUQUERQUE; WENCESLAU, 2014).



A dificuldade de comunicação entre os membros da equipe teve destaque no artigo de Andrade et al. (2016), pois para os entrevistados da pesquisa, a comunicação entre a equipe já dificultosa repercute na comunidade, como mencionado a seguir:

O pessoal num entendeu ainda que PSF é um programa de prevenção, mas tem que dizer em palestra, mas o pessoal só quer consulta (A20).

Eu acho que a maior dificuldade, entendeu, pra o meu trabalho hoje em dia é os adolescentes, porque além da questão das drogas é muito difícil a gente ter acesso a eles (...). A gente não tem como abordar, que ninguém diz, se você perguntar se é usuário de droga, se ele usa droga, alguma coisa, ninguém diz (A20).

Uma das dificuldades apontadas pelo artigo de Lima; Albuquerque; Wenceslau (2014), foi em relação ao grande número de programas e atividades que os profissionais das equipes de saúde ficam responsáveis, impossibilitando-os de colocar em práticas políticas como a da EPS, pois acabam encontrando dificuldades em equilibrar suas agendas com propostas de formação permanente em serviço. A maior dificuldade ainda é de se considerar os espaços informais como também processo de ensino aprendizagem, pois os profissionais acabam por considerar EP apenas os momentos formais e formatados na lógica tradicional de educação unidirecional e verticalizada, através de cursos e capacitações.

A maior dificuldade é tirar o profissional da unidade, visto que há um número crescente de programas ministeriais e o aumento da demanda das atividades (A9).

A escassez de recursos humanos também apareceu como uma dificuldade na implementação da PNEPS, pois isto acaba interferindo na periodicidade das ações e a continuidade do processo de EP. A rotatividade dos profissionais torna-se um empecilho à este processo, em especial a categoria médica que em geral dedica-se a qualificação profissional através dos programas de residências, e assim, abandonam em um curto período de tempo as equipes. O vínculo com a população também é dificultado quando se têm a rotatividade de recursos humanos como presente nos cenários das equipes de saúde brasileiras.

Questões administrativas e financeiras também foram apontadas (LIMA; ALBUQUERQUE; WENCESLAU, 2014) como entraves ao processo de EP, dando destaque aos trâmites para se utilizar o recurso disponível para esta política pública:

Há recursos financeiros, porém, muitas vezes, não são gastos devido a dificuldades burocráticas (A9).

A estrutura física foi mencionada por dois artigos desta revisão (RICARDI; SOUSA, 2015; PERES; SILVA; BARBA, 2016) como responsáveis pela descontinuidade das ações de educação permanente em saúde na APS. Não ter um espaço disponível para reunir todos integrantes da equipe impede que se desenvolva uma proposta de ensino aprendizagem contínuo nos serviços de saúde.

Acho que precisávamos ter, na saúde, locais apropriados para dar mais cursos práticos aos profissionais, e as unidades não contemplam isso. Nós temos que contar com espaços na comunidade, que nem sempre é fácil. (A3)

Segundo Lopes e colaboradores (2007), algumas dificuldades surgem nos processos de EPS dentre elas: a gestão do trabalho descontextualizado do planejamento da atenção à saúde, a dissociação entre planejamento e educação em saúde, a ausência de definição de políticas de saúde e o enfoque de trabalho fragmentado por profissões. Em relação à fragmentação dos setores na implantação das ações de EPS, Ceccim (2005) traz que cada área técnica considera o máximo de conhecimento acumulado em seu núcleo de saber, e com base nisto, propõe ações considerando a assistência individual ou com vistas à abordagem de vigilância à saúde. O artigo de Lima; Albuquerque; Wenceslau (2014) demonstra esta questão:

Ainda tá muito fragmentado, digamos assim, a gente tá precisando integrar mais (A9).

As políticas... têm as suas capacitações, suas qualificações, a partir de projetos que são elaboradas por elas, com recursos do Ministério da Saúde. Então faz toda formação já direto com os profissionais (A9).

A não priorização por parte dos gestores de ações de EPS, foi apontado no estudo de Lima; Albuquerque; Wenceslau (2014) como uma dificuldade. Assim como afirma Laranja (2012), sobre as dificuldades para sucesso na implementação da EPS frente a gestão, para que esta ganhe espaço institucional e seja garantida sua sustentabilidade, há o entrave da concepção de que há resultados à curto prazo:

Porque essa questão de educação, ela não é uma coisa que tenha um retorno de imediato, não é? Então termina não sendo, tão ainda, uma coisa priorizada. Porque às vezes você faz uma discussão aqui de uma proposta, mas o retorno disso, o impacto disso... A médio e longo prazo... Então não é? Não é tão priorizada (A9).

Segundo Ximenes Neto (2005), os interesses individuais também são considerados impasses para que a PNEPS seja implementada junto aos municípios brasileiros, dentre eles: a barganha de recursos financeiros pelas escolas que se responsabilizam por projetos de cursos

e capacitações; assim como os denominados gestores lobistas que privilegiam seus interesses ao financiarem ações de educação permanente, deixando de lado os trabalhadores de saúde.

Neste contexto, fica evidente que dentre as diversas dificuldades existentes para a implementação da Política de Educação Permanente, o que foi mais mencionado nos artigos que contemplaram este estudo, foi um fator estrutural presente na sociedade brasileira, onde não se consegue a garantia de uma política pública já conquistada coletivamente, em um momento anterior, porque questões de governo acabam por transpassar e impedir de que os cidadãos façam uso de um direito seu. Ximenes Neto (2005) contempla também em sua análise, de que o predomínio do modo verticalizado de educação para o Sistema Único de Saúde acaba sendo uma consequência da não compreensão da EPS pelos gestores e também pelos trabalhadores de saúde, como mencionado:

Não tenho conhecimento dessa política, por isso não tenho o que te dizer. Acredito que seja uma política de capacitação dos trabalhadores da saúde, não tenho conhecimento técnico para dizer mais que isso (A17).

Não sei o que é preconizado pela política e nunca tive acesso a esse conhecimento estando em serviço; se tive acesso não estou lembrando, mas acho que seja uma política para atualizar os funcionários da saúde que trabalham com metodologias mais dinâmicas por estes funcionários estarem nos serviços de saúde, no cotidiano (A17).

A compreensão por parte dos sujeitos, sejam eles gestores ou não, acaba por dificultar a implementação da PNEPS, afinal o desconhecimento contribui para não existirem esforços para a efetiva presença de EP nos serviços de saúde. O que se observa até então nos artigos deste estudo, foi de que a incompreensão da Política de Educação Permanente em Saúde, pelos atores envolvidos, em especial os gestores, acaba por permitir que as ações continuem sendo de modo verticalizado e sem diálogo algum entre os gestores e trabalhadores e as experiências de EP, por parte dos trabalhadores, continuam sendo através de cursos e capacitações pontuais e esporádicos (PERES; SILVA; BARBA, 2016).

Ainda em relação as dificuldades encontradas para a efetivação da PNEPS, destacou-se a inexistência de um profissional responsável por esta política nos municípios. Foi então recomendado, segundo Peres; Silva; Barba (2016), que o cargo de articulador deva ser valorizado e que exista de maneira efetiva, com o respaldo dos gestores e com atribuições delimitadas e esclarecidas, ou seja, com definição de carga horária para desenvolvimento de atividades vinculadas à EPS, e que este sujeito seja uma espécie de apoiador da política dentro do município e, em especial, junto aos trabalhadores de saúde e seja ele o elo entre a gestão e os profissionais. Após a consolidação deste cargo, as propostas de EP possam ser

apresentadas, e projetos que visem a renovação de práticas estejam presentes no cotiado das equipes:

Acredito que se a gestão colocar uma pessoa qualificada da área para realizar essa atividade com carga horária exclusiva para tal atividade, como já disse, ela já estará mostrando um avanço para a EPS, já estará se mostrando preocupada com a EPS (17).

#### 4.3.3 Financiamento da Educação Permanente em Saúde

No Brasil, desde os anos 1990, com a finalidade de facilitar as transferências de recursos entre os entes federados para o financiamento de ações e serviços em saúde, o Sistema Único de Saúde acabou criando alguns mecanismos. Em 2006, segundo o Pacto de Gestão, foram criados cinco “blocos” para a transferência de recursos fundo-a-fundo, sendo eles: Atenção Básica; Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar; Vigilância em Saúde; Assistência Farmacêutica; e Gestão do SUS.

Em relação ao Pacto de Gestão, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), que fora criada em 2004, teve suas estratégias de ação e transferências de recursos reformuladas em 2007, através da Portaria 1.996. Nesta foi estabelecido que o recurso seria transferido de maneira regular e automática do Fundo Nacional de Saúde aos respectivos Fundos Estaduais e Municipais de Saúde, dentro do “bloco de Gestão do SUS”, considerando neste caso somente às regiões que aderiram ao Pacto. (FERRAZ et al.; 2013).

Em meio a este cenário, a descentralização acabou por ocorrer sem que houvesse um investimento efetivo na qualificação da gestão local, não somente através de capacitações, mas sim com apoio e ferramentas para as equipes locais e gestão formularem políticas. Considerando que 70% dos municípios brasileiros têm menos de 20 mil habitantes e pouco mais de 300 têm mais de 100 mil habitantes, foi compreensível a importância deste apoio, e apenas em poucos municípios se conseguiu formar um corpo de gestão para propor ações baseadas nas suas realidades locais (FERRAZ et al. 2013).

O financiamento da Política de Educação Permanente foi abordado em três artigos como achados significativos (RICARDI; SOUSA, 2015; TESSER et al., 2011; PERES; SILVA; BARBA, 2016). No artigo de Ricardi et al. (2015), o financiamento desta política foi considerado um fator facilitador, sendo reconhecida a disponibilidade de recursos para a EP, principalmente advinda do Ministério da Saúde.

No artigo de Sena et al. (2017), foram analisados os processos de EP no Estado de Minas Gerais (MG), sendo constatado que os seus municípios utilizavam diferentes fontes de financiamento, sendo 77% que faziam uso de recurso próprio do Estado. Dos recursos disponibilizados pelo governo de MG, 39,4% dos municípios faziam uso desta verba. Já o uso de recursos do Ministério da Saúde foram identificadas em 21% dos municípios. Outras formas de recursos, como os disponibilizados pelos Conselhos e Consórcios também apareceram em 0,74% dos municípios, assim como em Organizações da Sociedade Civil (2,48%) e em empresas (0,74%). Conclui-se que mesmo com a Portaria estabelecendo e tendo previsto um recurso para o desenvolvimento de ações de EP nos municípios brasileiros, não é realizado conforme preconizado e proposto em lei (SENA et al., 2017).

Franco (2007, p. 429) afirma que mesmo com os investimentos em educação para a saúde, as mudanças em práticas não são observadas:

De um lado, muitos investimentos institucionais historicamente disparados a partir do Ministério da Saúde, que efetivamente possibilita-nos notar o desejo de operar processos educacionais eficazes no atributo de transferir tecnologias de cuidado aos trabalhadores do SUS, de outro lado, o baixo impacto desses mesmos programas de educação para o setor da saúde nos processos produtivos, isto é, na prática cotidiana de produção de cuidado.

Assim como para Ceccim e Feuerwerker (2004), os investimentos na educação do setor saúde não mobilizaram um processo de mudança na formação que trouxesse humanização, acolhimento e responsabilização para o usuário das ações e serviços de saúde (PERES; SILVA; BARBA, 2016).

Nesta categoria pode-se observar que, diante dos princípios e diretrizes do SUS, deveriam ser planejadas as Políticas Públicas de Saúde do país. No entanto, ainda se pode verificar que desde a Lei Orgânica de 1990, que regula em território nacional as ações e serviços de saúde, princípios como da universalidade, equidade, integralidade, regionalização e hierarquização, descentralização e participação da comunidade não se fazem presentes em sua plenitude nos serviços de saúde. Em uma análise da PNEPS ficou expressivo que a formação é eixo primordial para que uma política se efetive, para que os envolvidos possam se sentir pertencentes a ela e que possam realmente utilizá-las em seus ambientes de trabalho como uma ferramenta, ou seja, como um instrumento de mudança e melhoria dos processos e ações já vigentes na saúde pública deste país.

Muitas foram as dificuldades apresentadas para que a Política de Educação Permanente se efetive, dentre elas, falta de recursos humanos, rotatividade destes nos ambientes de trabalho devido aos mais diversos motivos, como a baixa remuneração e as

precárias condições de trabalho na saúde. Assim como o financiamento se apresentou como uma dificuldade para que a PNEPS se efetive nos ambientes de trabalho, pois a burocracia e a maneira em que se destinam os recursos para uso podem também se expressarem como um dificultador, ou seja, um grande obstáculo para se fazer uso de uma política pública.

A dificuldade apresentada pelos gestores na APS, segundo os artigos deste estudo, foi recorrente em relação a questão de apropriação conceitual da EPS, visto que a pouca aproximação entre as instituições formadoras e os serviços de saúde, assim como, a falta de reflexão desta temática na formação profissional associado a não exigência de quesitos referente a compreensão de Políticas Públicas ao ocupar cargos na gestão dos municípios brasileiros. Ainda se percebe que a administração dos gestores está voltada ao que tem visibilidade para a população, sendo então direcionada as suas ações para atividades que repercutem um resultado imediato e objetivo, deixando o investimento contínuo na educação dos trabalhadores sempre para um segundo plano. Assim, o investimento em estruturas físicas tem sido prioridade, enquanto que a formação em serviço deveria ser uma prioridade nas pautas de gestão, produzindo qualidade dos serviços e da assistência oferecida à população.

#### 4.4 DISPOSITIVOS PARA A PRÁTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

Os denominados dispositivos utilizados para a prática de educação permanente em saúde contemplaram a última categoria deste estudo, sendo possível a visualização de meios para que se possa utilizar a EP como uma metodologia de trabalho para formação de profissionais na área da saúde.

O Quadro nº 8 apresenta os artigos incluídos nesta categoria que apresentam dispositivos para a prática da EPS na APS, sendo possível a visualização dos autores e os seus respectivos anos de publicação dos artigos.

Quadro 8 - Artigos incluídos na categoria: Dispositivos para a prática de EPS

<b>Dispositivos para a prática de EPS</b>	<b>Autores</b>
<i>Rodas de conversa, oficinas, grupos, PTS, apoio matricial, apoio institucional, consulta compartilhada, reunião microrregional, NASF</i>	DUARTE et al; (2011) RICARDI; SOUSA; (2015) SILVA et al. (2017) SILVA; PEDUZZI; (2011) LIMA; ALBUQUERQUE; WENCESLAU; (2014) JÚNIOR; MOREIRA; (2017)

	COSTA et al. (2010) BOMFIM et al. (2017) ANDRADE et al. (2016)
--	--

Fonte: Sistematização da autora

Nos artigos de Costa et al. (2010), Duarte et al. (2011), Silva; Peduzzi (2011), Lima; Albuquerque; Wenceslau (2014), Ricardi; Sousa (2015), Andrade et al. (2016), Silva et al. (2017), Bomfim et al. (2017) e Júnior; Moreira (2017), foram elencados alguns dispositivos para a prática de Educação Permanente em Saúde, dentre eles: as reuniões que ocorrem por microrregionais de saúde, o apoio matricial (AM), o apoio institucional (AI), o uso de projetos terapêuticos singulares (PTS) e da consulta compartilhada, onde se discutem casos clínicos.

O Apoio Matricial é conceituado como uma:

Nova lógica de produção do processo de trabalho onde um profissional atuando em determinado setor oferece apoio em sua especialidade para outros profissionais, equipes e setores. Inverte-se, assim, o esquema tradicional e fragmentado de saberes e fazeres já que ao mesmo tempo o profissional cria pertencimento à sua equipe, setor, mas também funciona como apoio, referência para outras equipes (BRASIL, 2004, p. 43-4).

Citado em três artigos deste estudo (LIMA; ALBUQUERQUE; WENCESLAU, 2014; JÚNIOR; MOREIRA, 2017; ANDRADE et al., 2016), o apoio matricial é entendido como um dispositivo para Educação Permanente, uma vez que é caracterizado como sendo um qualificador do atendimento prestado ao usuário:

O município nunca ofereceu uma capacitação pra gente relacionada ao NASF. Então assim, o que sabemos é porque corremos atrás, pesquisamos, questionamos com outros profissionais (A13).

Nós não somos incentivados quanto a isso, de ter cursos, de ter palestras, de ter oficinas. O máximo que nós tivemos foi quando a gente entrou, foi apresentado o que era o NASF pela coordenadora, meia hora, pronto, acabou (A13).

Eu tenho assim muita dificuldade de identificar na área, você fala assim conteúdo, né? Em relação a caso de psiquiatria e caso de psicologia, o que eu tenho dificuldade de identificar na área é isso [referindo-se ao desejo de ter um apoio matricial para auxiliar em uma dificuldade do trabalho] (A20).

Segundo Oliveira (2008), há uma aposta no AM como sendo uma troca de saberes entre as equipes e profissionais, com vistas a novas ações e serviços que potencializem e modifiquem os problemas de saúde, construindo espaços de comunicação ativa e compartilhamento de conhecimento entre a equipe de referência e a de apoiadores. A ER ou

profissional de referência são aqueles que têm a responsabilidade pela condução de um caso individual, familiar ou comunitário, com a construção do vínculo entre o profissional e o usuário, garantindo de maneira longitudinal o cuidado, semelhante ao que é preconizado para as equipes de saúde da família na APS (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

O AM e a ER são também arranjos organizacionais de uma metodologia destinada à gestão do trabalho em saúde, para a possibilidade da existência de uma clínica ampliada e a integração entre as profissões e especialidades. O ponto a ser considerado neste contexto, é de que nenhum especialista pode, de maneira isolada, garantir uma abordagem integral ao usuário, pois já que defende a interlocução dos diferentes profissionais e atores envolvidos (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Surge neste contexto o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), que baseado na metodologia do apoio matricial, traz como responsabilidade a atuação na educação permanente em saúde. A relação entre as equipes das unidades de saúde, ou seja, de referência, e as equipes de NASF, promovem discussões para a gestão do cuidado, como por exemplo os atendimentos conjuntos:

O Nasf, quando eu cito o Nasf como potencial de educação permanente, é porque o formato que a gente está implantando o Nasf no município, um apoio matricial no desenvolver das equipes, das ações das equipes em saúde da família baseado no fazer junto (A9).

A gente está propondo exatamente assim: essas equipes do Nasf, eles atuam junto com os profissionais de saúde da família. Então eles vão fazer atendimentos compartilhados, vão estar apoiando a forma perspectiva. Então vai ser realmente educação permanente feita tête-à-tête, a partir daquela necessidade apresentada (A9).

Outro dispositivo citado no artigo de Lima; Albuquerque; Wenceslau (2014), foi o de apoio institucional, que se caracteriza, segundo Moura e colaboradores (2007), em uma equipe composta por diversos profissionais de saúde que atuam apoiando os gestores e as equipes assistenciais, com uso em especial de recursos pedagógicos. A relação do AI com a EPS foi observada nos achados deste artigo:

O trabalho, por exemplo, do apoio institucional, ele, no seu dia a dia, ele tá permeado pela educação permanente. Então a gente tá levando, nas equipes de saúde da família a gente tá levando, trazendo questões para a própria equipe, para discutir e analisar o seu próprio processo de trabalho (A9).

Em 2003, o Ministério da Saúde, inicia um processo de formulação e implantação do apoio institucional, com dois enfoques: o apoio à gestão descentralizada no SUS; e o apoio à mudança de modelos de gestão e atenção nos serviços de saúde. Este por sua vez, traz como



sua função a essência do método Paidéia (método da roda): “É um método de apoio a cogestão de processos de produção” (CAMPOS, 2000, p. 185). Sendo assim, articula a produção de bens e serviços com a produção das instituições, organizações e sujeitos. Se faz presente como método de gestão para elaboração e implementação de projetos e políticas públicas. Em 2006, a PNH, traz a definição de apoio institucional:

Novo método de exercício da gestão, superando formas tradicionais de se estabelecer relações e de exercitar as funções gerenciais. Proposta de um modo interativo, pautado no princípio de que a gerência/gestão acontece numa relação entre sujeitos, e que o acompanhamento, coordenação, condução (apoio) dos serviços/equipes deve propiciar relações construtivas entre esses sujeitos, que têm saberes, poderes e papéis diferenciados. Trata-se de articular os objetivos institucionais aos saberes e interesses dos trabalhadores e usuários, o que pressupõe a inserção dos sujeitos incorporando suas diferentes experiências, desejos e interesses. Mobiliza para a construção de espaços coletivos, de trocas e aprendizagens contínuas, provocando o aumento da capacidade de analisar e intervir nos processos. Com esse método renovado de gestão, evitam-se formas burocratizadas de trabalho, com empobrecimento subjetivo e social dos trabalhadores e usuários (BRASIL, 2006, p. 36).

Nesta definição fica evidente a diferença entre apoio matricial e apoio institucional, onde o primeiro vem para reorganizar a lógica das relações entre os profissionais generalistas e os especialistas, democratizando as relações de poder das equipes de saúde. Já o apoio institucional surge como um método e uma estratégia de gestão. Em 2008, o PNH amplia e detalha o conceito de apoio institucional:

Apoio institucional é uma função gerencial que reformula o modo tradicional de se fazer coordenação, planejamento, supervisão e avaliação em saúde. Um de seus principais objetivos é fomentar e acompanhar processos de mudança nas organizações, misturando e articulando conceitos e tecnologias advindas da análise institucional e da gestão. Ofertar suporte ao movimento de mudança deflagrado por coletivos, buscando fortalecê-los no próprio exercício da produção de novos sujeitos em processos de mudança é tarefa primordial do apoio. Temos entendido que a função do apoio é chave para a instauração de processos de mudança em grupos e organizações, porque o objeto de trabalho do apoiador é, sobretudo, o processo de trabalho de coletivos que se organizam para produzir, em nosso caso, saúde. A diretriz do apoio institucional é a democracia institucional e a autonomia dos sujeitos. Assim sendo, o apoiador deve estar sempre inserido em movimentos coletivos, ajudando na análise da instituição, buscando novos modos de operar e produzir das organizações. É, portanto, em, uma região limítrofe entre a clínica e a política, entre o cuidado e a gestão – lá onde estes domínios se interferem mutuamente – que a função de apoio institucional trabalha no sentido da transversalidade das práticas e dos saberes no interior das organizações (BRASIL, 2008, p. 52-3).

Outro dispositivo encontrado como potencial para desenvolver a prática de EPS foi o denominado Projeto Terapêutico Singular (PTS), que seria um movimento de coprodução e cogestão do processo terapêutico dos usuários ou coletivos que se encontram em vulnerabilidade e necessitam que seja construído de maneira coletiva um plano de cuidados, envolvendo o profissional, a equipe, o usuário e a família:

Está se introduzindo na rede a discussão tanto do projeto terapêutico singular como da discussão de casos e da consulta conjunta entre profissionais especializados e profissionais da atenção básica, e isso é uma estratégia de prática de trabalho diferenciada, mas também é uma estratégia de formação continuada, de formação permanente (A9).

As discussões dos projetos terapêuticos singulares também, que a gente bota toda a equipe para estar discutindo aquele caso em profundidade, assim, são dispositivos do modelo de uma forma em geral (A9).

O PTS, tem por objetivo a incorporação da noção interdisciplinar no projeto terapêutico, incluindo as diversas especialidades e profissões que existem. São realizados acordos entre os membros da equipe, o usuário e a família do mesmo, frente as questões a serem enfrentadas, de maneira a construir juntos o plano de cuidados do paciente, considerando a singularidade e o vínculo neste processo.

O outro dispositivo citado foram as reuniões de microárea, oportunidade de troca de experiências e saberes em que a EPS se faz presente, quando se pode discutir os conflitos, combinando formas de condução do processo de trabalho. Conforme relato:

A gente tem a questão das reuniões de micro, que são espaços de cogestão, que lá também a gente está. É um espaço fortemente de educação permanente, de troca dentro das equipes, troca de experiências, de dúvidas, enfim. Então, o formato dessa reunião de micro, ela permite que a gente faça discussões [de caso clínico], desde discussão de caso clínico, até se tem algum protocolo (...), trocar experiência que tá acontecendo em uma unidade de saúde, como é que eles tão trabalhando, enfim (...) (A9).

A consulta compartilhada se traduz como sendo uma avaliação da condição apresentada pelo usuário de maneira compartilhada por dois ou mais profissionais. Segundo Campos e Domitti (2007), essa consulta pode ocorrer através de atendimentos e intervenções conjuntas entre o especialista matricial e algum profissional da equipe de referência, garantindo mais resolutividade ao momento (LIMA; ALBUQUERQUE; WENCESLAU, 2014).

Alguns dispositivos para se pensar a EPS seriam: interconsulta, como um instrumento para discussão de casos clínicos (clínica ampliada) entre os apoiadores e a equipe de referência, objetivando ampliar o entendimento das demandas e necessidades sobre os problemas de saúde individuais e coletivos de um território, identificando os recursos disponíveis para planejar a conduta terapêutica integrada adequada a situação; a consulta conjunta, forma de viabilizar a interconsulta e poder discutir a conduta terapêutica junto com o usuário; a visita domiciliar, como uma consulta conjunta no domicílio do paciente; práticas em grupo: ações coletivas de educação em saúde (grupos e oficinas terapêuticas), compartilhamento de ideias para formular ações coletivas, reflexão sobre as demandas e necessidades de saúde; plano de cuidados, instrumento para gestão de caso ou de projeto terapêutico singular, que se propõe a organizar, planejar, acompanhar, monitorar e avaliar a proposta terapêutica de cada usuário/família, ampliando a comunicação entre profissionais e usuários e assim aumentando a eficácia e a resolutividade na abordagem dos problemas, fortalecendo o vínculo e aumentando o grau de corresponsabilização entre os envolvidos (CHIAVERINI, 2011; BRASIL, 2014; MENDES, 2015).

Quando se tem a intenção em promover mudanças em práticas e a consequente assistência aos usuários, para a gestão o trabalhador apresenta certa dificuldade em lidar com problemas na atenção aos usuários. Para Campos (1999, p. 394) “Os dispositivos são artificios que se introduzem com objetivo de e instaurar um novo processo, ou seja, implantar um programa assistencial, modificar a cultura de uma instituição ou ainda reforçar ou mudar valores”.

Neste contexto de mudanças ou reforços de comportamentos, se opta por utilizar os dispositivos para intervir no contexto dos serviços. Os dispositivos apresentados nesta categoria foram o apoio matricial, o apoio institucional, o projeto terapêutico singular, a interconsulta, a consulta conjunta, grupos, oficinas, assim como, apresentado os Núcleos de Apoio à Saúde da Família uma estratégia para sua implementação. Fica perceptível que as políticas devem se relacionar para que os princípios do SUS sejam efetivamente concebidos, e através de métodos diferenciados se possa experimentar e garantir que uma política seja definitivamente efetiva junto à população assistida.



## 5 CONCLUSÕES

Os resultados deste estudo evidenciaram que a Educação Permanente em Saúde é uma Política Pública de suma importância para o Sistema Único de Saúde e seus usuários e para os profissionais de saúde. A Política de Educação Permanente em Saúde tem como propósito contribuir para a transformação das práticas pedagógicas e de saúde, sendo uma estratégia do SUS para formação desenvolvimento de trabalhadores.

A escolha da Revisão Integrativa, possibilitou a reflexão acerca dos achados de estudos primários anteriores, desde a publicação da Portaria nº 198/2004, até os dias atuais. Através desta metodologia foi possível visualizar na totalidade a relação de profissionais, usuários e gestores com a Educação Permanente, assim como, o conhecimento acerca da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, que conforme visualizado precisa ser mais debatida nos ambientes de trabalho na área da saúde. Os denominados fatores dificultadores da implementação desta Política também permitiu que visualizasse o que ainda é um obstáculo para a formação de profissionais para o SUS .

Tal proposta enfrenta certa dificuldade no neoliberalismo de se expressar, no momento em que se elabora uma política que objetiva a formação de profissionais da saúde, baseado na reflexão e problematização dos processos de trabalho, com vistas a mudanças em certos padrões de relação para com a população usuária de uma política pública de saúde, em um país que ainda tem um sistema de saúde universal, mas não sabemos por quanto tempo isso ainda continuará.

Este estudo torna-se relevante no momento em que traz uma temática, já prevista na Constituição Federal, que até então não se consegue valorizar os ambientes de trabalho em saúde como espaços de formação e que sim, é construído e mantido, não de uma maneira verticalizada ou que possa ser prevista com itens a serem seguidos, mas que deva ser constantemente revisto e problematizado pelos envolvidos, dentre eles os profissionais de saúde, os usuários, as instituições formadoras e os gestores.

Frente a isto reitero que os conceitos de educação permanente e educação continuada devam estar presentes no momento da formação dos profissionais e nas agendas dos gestores

da Atenção Primária à Saúde, visto que estamos falando de uma Política Pública e que deve compreendida e executada no cotidiano das equipes de saúde do país.

O revelado desconhecimento acerca da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, assim como da sua metodologia, pode ter relação ao pouco tempo de sua vigência, de quinze anos, mas, principalmente pela ausência desta temática nos processos de formação profissional, não sendo ainda contemplado nas disciplinas da graduação de cursos na área da saúde. O modelo hegemônico biomédico ainda está presente na formação e na atenção à saúde, priorizando as especialidades, e com os cuidados de maneira fragmentada e isolada de um contexto a que ele está inserido. Ainda é preciso se modificar a lógica da assistência centrada somente na doença, pois isso não se coaduna com os princípios e diretrizes preconizados no Sistema Único de Saúde (SUS), como a universalidade, a integralidade e a equidade.

O desconhecimento das Políticas Públicas existentes também foi verificado neste estudo, pois os profissionais de saúde não fazem uso delas em seus ambientes de trabalho, por evidente desconhecimento de como utilizá-las e do dever em colocá-las em prática em seus cotidianos de trabalho. O grande desafio seria esperar uma mudança nos processos de trabalhos dos serviços de saúde brasileiros, ao passo que os próprios profissionais que lá atuam não percebem isso como uma necessidade e não conseguem identificar a funcionalidade das Políticas Públicas existentes. Sendo assim, é notória a importância da discussão dos preceitos da EPS, por exemplo, assim como das demais políticas públicas já na formação profissional, sendo um processo contínuo, permanente e em constantes modificações.

O fortalecimento das políticas públicas para a formação e qualificação dos trabalhadores da saúde é uma exigência frente ao que foi possível verificar neste estudo. As mesmas objetivam que os profissionais assumam uma postura crítica e reflexiva em relação aos processos educativos, para exercê-las de forma efetiva nos seus contextos de trabalho, uma vez que a EPS é essencial para que eles possam repensar suas ações e assim buscar, através da problematização, a integralidade de suas ações, a resolutividade e humanização da assistência.

As práticas educativas observadas neste estudo ainda se concentram no modelo tradicional, e são intituladas de maneira equivocada como EPS, visto que são simplesmente uma transferência de informações e técnicas objetivando uma atualização de práticas dos profissionais, sem contextualização ou reflexão do cotidiano e das reais necessidades que

emanam do território, mas que são desconsideradas perante a enlouquecedora atualização das tecnologias da saúde.

O financiamento das Políticas de Saúde no Brasil ainda se encontra aquém do esperado, no sentido de valorização das mesmas e utilização no cotidiano das equipes de saúde. Mesmo que desde a década de 1990 tenham sido realizadas alterações na maneira em que se realizem as transferências de recursos entre os entes federados para financiamento de ações e serviços de saúde, como por exemplo, os blocos para transferência de recursos fundo-a-fundo, ainda se percebe incompreensão e dificuldade em tornar efetiva a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

Os dispositivos para a implementação da educação permanente ainda precisam ser apresentados e discutidos exaustivamente nos municípios brasileiros para a garantia desta política nos processos de trabalho das equipes de saúde. O apoio matricial já é um dispositivo em uso por muitos municípios, mas que ainda deve ser discutido e apresentado a muitos outros que o desconhecem, uma vez que, é através dele que se viabilizou a qualificação da atenção prestada ao usuário do SUS, pois a troca de saberes entre a equipe e demais profissionais envolvidos faz com que o cuidado seja compartilhado e que a reflexão seja o método para se pensar e agir na saúde. Assim como o apoio matricial, foi destacado o apoio institucional nos artigos deste estudo, como uma estratégia de gestão para se planejar ações em saúde.

A finalidade da EPS, ainda que pouco discutida no cotidiano das equipes de saúde de uma maneira geral no Brasil, nada mais é que uma estratégia de qualificação da atenção em saúde. Sendo assim, as especificidades regionais, a superação das desigualdades regionais, as necessidades de formação e desenvolvimento para o trabalho em saúde são seus objetivos. O uso de métodos como o da aprendizagem significativa só evidencia a importância desta Política, visto que a reflexão diária dos processos de trabalho deva ser o meio da busca da formação dos profissionais para o SUS, que seja permeado de muita discussão e problematização de questões dos territórios e que os problemas só serão resolvidos através da discussão coletiva entre os envolvidos neste processo. Sendo assim, a EPS deve ser compreendida como um instrumento do e no trabalho das equipes de saúde da Atenção Primária à Saúde, uma vez que, consiste na colaboração em grupos na aquisição de capacidade de ser coautor nos seus processos de modificações e reestruturações dos serviços de saúde.

A relação ensino e serviço foi uma categoria que se fez muito presente neste estudo, e se atribui este achado à importância que existe em se aliar sempre a teoria à prática na área da

saúde, pois não se deseja que as equipes de saúde da APS sejam apenas campo de estágio de profissionais em formação, mas sim, um espaço de provocações e interlocução entre as instituições formadoras e os profissionais de saúde, através da problematização dos cotidianos de trabalho com vistas a constante transformação dos processos de trabalho em saúde. O que a PNEPS pretende é que o processo de aprendizagem possa ser contemplado no cotidiano das equipes, pois é lá que surgirão as provocações e questionamentos, a partir das demandas apresentadas aos envolvidos neste processo, sejam eles alunos, trabalhadores, usuários ou gestores.

A formação acadêmica, tecnicista e verticalizada que se faz presente nos municípios brasileiros precisa ser repensada e modificada de uma vez por todas, e a formação precisa ser entendida como uma prioridade na agenda dos gestores de saúde do nosso país. E através da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde se pode começar a propor esta mudança de paradigma e assim almejar uma reestruturação do sistema de saúde brasileiro, com profissionais competentes para o exercício de sua profissão e que busquem a qualificação contínua de suas ações nos processos de trabalho das equipes. Destacaria aqui a importância das Residências em Serviço para que se possa promover a formação em serviço, uma vez que a imersão de profissionais recém-formados, no cotidiano das equipes de saúde permite que ocorra a desacomodação e a problematização dos processos de trabalho.

Com a elaboração deste estudo, uma sugestão pertinente é de propor aos cursos de graduação das universidades, em especial a Universidade Federal do Rio Grande do Sul, a criação de disciplinas optativas nos cursos na área da saúde, que contemplem a temática da Educação Permanente em Saúde, com vistas a estimular os graduandos a entender melhor a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e assim, que sabe, atuar em parceria à rede de saúde como facilitadores em um processo de se mobilizar os profissionais, gestores e usuários da saúde para uma discussão em relação aos serviços de saúde enquanto espaços de formação contínua, e não um simples local para se desenvolver estágios estanques e pontuais, descontextualizados do que se é vivenciado na academia nos dias atuais.

Ainda trago como uma sugestão que a parceria de instituições formadoras e os serviços de saúde, viabilizem a elaboração de algum tipo de instrumento para que se possa elaborar, avaliar e após sistematizar os dados referentes aos processos de educação permanente nos municípios. Permitir que este movimento seja de uma construção coletiva com os atores envolvidos, mas que também seja uma maneira de se avaliar e discutir continuamente os objetivos e o desenvolvimento de uma Política Pública, em especial da



EPS, nos ambientes de trabalho, como que efetivamente acontecem nos cotidianos de trabalho em saúde.

Finalizo então com uma proposta de que a PNEPS seja uma prioridade nas agendas dos gestores nos municípios brasileiros, que esta Política possa ter o seu devido reconhecimento, e assim, conseqüente utilização no cotidiano das equipes de saúde. Através dos dispositivos, como a exemplo do Apoio Matricial e do Apoio Institucional, pode-se começar a pensar em momentos de reflexão e problematização dos processos de trabalho e de questões peculiares de cada território e em cada comunidade.

## REFERÊNCIAS

AMESTOY, S.C.; MILBRATH, V.M.; CESTARI, C.E.; THOFEHRN, M.B. Educação permanente e sua inserção no trabalho da enfermagem. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2008 Jan/Mar; 7(1): 083-088. Disponível em:< <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/4910/3213>>. Acesso em: 03 ago. 2017.

ANDRADE, R.S.; CALDAS, L.B.S.N.; FALCÃO, M.L.P.; DE GOES, P.S.A. Processo de trabalho em unidades de saúde da família e a educação permanente. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, vol, 14, p. 505-521, 2016. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/tes/v14n2/1678-1007-tes-1981-7746-sip00108.pdf> >. Acesso em: 10/09/2017.

ANTUNES, R. Trabalho. In: CATTANI, A.D.; HOLZMANN, L. (orgs.) **Dicionário de trabalho e tecnologia**. 2. Ed. Porto Alegre, RS: Zouk, 2011.

ANTUNES, R. **Adeus ao trabalho?** Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. 16. ed. São Paulo: Cortez, 2015.

ARRUDA, B.K.G. **A educação profissional em saúde e a realidade social**. Recife: Instituto Materno Infantil de Pernambuco (Imip), 2001.

ASSUNÇÃO, A.A. **Trabalhar na saúde: experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego**. Rio de Janeiro: ed. Fiocruz, 2011. 216p.

BALBINO, A.C.; BEZERRA, M.M.; FREITAS, C.A.S.L.; ALBUQUERQUE, I.M.A.N.; DIAS, M.S.A.; PINTO, V.P.T. Educação permanente com os auxiliares de enfermagem da Estratégia Saúde da Família em Sobral, Ceará. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, vol. 8, p. 249-266, 2010. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/tes/v8n2/a05v8n2.pdf>>. Acesso em: 03 abr. 2018.

BARBOSA, V.B.A.; FERREIRA, M.L.S.M.; BARBOSA, P.M.K. Educação permanente em saúde: uma estratégia para a formação dos agentes comunitários de saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Rio Grande do Sul, vol.33, p. 56-63, 2012. Disponível em:< <https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/21007/16999>>. Acesso em: 03 abr. 2018.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.

BARTH, P.O.; AIRES, M.; DOS SANTOS, J.L.G.; RAMOS, F.R.S. Educação permanente em saúde: concepções e práticas de enfermeiros de unidades básicas de saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, vol. 16, p. 604-11, 2014. Disponível em:< <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/22020/17542>>. Acesso em: 03 abr. 2018.

BENEFIELD, L.E. Implementing evidence-based practice in home care. *Home Health Nurse*, vol. 21, n.12, p. 804-811, 2003. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>> Acesso em: 25 nov. 2018.

BERBEL, N.A.N. **As metodologias ativas e a promoção da autonomia de estudantes**. Semina: Ciências Sociais e Humanas, Londrina, v.32, n.1, p. 25-40, 2011.

BESSEN, C. B.; SOUZA NETTO, M; DA ROSA, A. A.; SILVA, F. W.; SILVA, C. G.; PIRES, M. F. A Estratégia Saúde da Família como objeto de educação em saúde. **Saúde e Sociedade**. v.16, n.1, p. 57-68. 2007.

BOMFIM, E.S.; DE OLIVEIRA, B.G.; ROSA, R.S.; ALMEIDA, M.V.G.; DA SILVA, S.S.; DE ARAÚJO, I.B. Educação permanente no cotidiano das equipes de saúde da família: utopia, intenção ou realidade? **Revista da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto**, Rio de Janeiro, vol. 9, p. 526-535, 2017. Disponível em:< <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/5464/pdf>>. Acesso em: 03 abr. 2018.

BOTELHO, L.; CUNHA, C.; MACEDO, M. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. **Gestão e Sociedade**, v. 5, n. 11, p. 121-136, 2 dez. 2011.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos, Brasília, 5 de outubro de 1988.

\_\_\_\_\_. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos, Brasília, 1990.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. **Plano Nacional de Pós-graduação – PNPG 2011-2020 / Coordenação de aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior**. Brasília: CAPES, 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Programa de Saúde da Família**. Brasília: COSAC, 1994. Disponível em:< <http://www.saude.df.gov.br/sobre-a-secretaria/subsecretarias/526-programa-saude-da-familia.html>>. Acesso em: 05 mar. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria N° 2.203, de 5 de novembro de 1996. NOB 1/96.** Ministério da Saúde, Brasília, 5 de novembro de 1996. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203\\_05\\_11\\_1996.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html)> Acesso em: 06 ago. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. SAS. DAB. **Manual para a Organização da Atenção Básica.** 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1999. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/organizacao\\_atencao.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/organizacao_atencao.pdf)>. Acesso em: 26 mai. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 198, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. **Diário [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, fev. 2004a. Seção 1. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1832.pdf>>. Acesso em: 05 set. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: polos de educação permanente em saúde.** Brasília, DF, 2004b. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica2\\_vpdf.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica2_vpdf.pdf)>. Acesso em: 09 out. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **A Educação Permanente entra na roda: polos de Educação Permanente em Saúde.** Brasília, DF, 2005. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/educacao\\_permanente\\_entra\\_na\\_roda.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/educacao_permanente_entra_na_roda.pdf)> Acesso em: 09 out. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria N° 648, de 28 de março de 2006. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica.** Ministério da Saúde, Brasília, 2006. Disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/docs/legislacao/portaria\\_648\\_28\\_03\\_2006.pdf](http://dab.saude.gov.br/docs/legislacao/portaria_648_28_03_2006.pdf)> Acesso em: 12 mar. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS : **Documento base para gestores e trabalhadores do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização.** – 3. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento\\_base.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_base.pdf)>. Acesso em: 22 nov. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria GM//MS nº 1996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. **Diário [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 20 ago. 2007. Disponível em: <

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996\\_20\\_08\\_2007.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html)>. Acesso em: 05 set. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização.** – 4. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus\\_gestores\\_trabalhadores\\_sus\\_4ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_gestores_trabalhadores_sus_4ed.pdf). Acesso em: 22 nov. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. SGTES. DGES. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.** v. 9. Brasília: Série Pactos pela Saúde 2006, 2009. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/documents/33856/396770/Pol%C3%ADtica+Nacional+de+Educa%C3%A7%C3%A3o+Permanente+em+Sa%C3%BAde/c92db117-e170-45e7-9984-8a7cdb111faa>>. Acesso em: 18 ago. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. SAS. DAB. **PNAB – Política Nacional de Atenção Básica.** Ministério da Saúde, Brasília, 2017. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html)>. Acesso em: 23 mar. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **Educação Permanente em Saúde: um movimento instituinte de novas práticas no Ministério da Saúde: Agenda 2014 /** Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Subsecretaria de Assuntos Administrativos. – 1. ed., 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 120 p.:il. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/educacao\\_permanente\\_saude\\_movimento\\_instituinte.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/educacao_permanente_saude_movimento_instituinte.pdf)>. Acesso em: 18 ago. 2017.

BROOME, M. E. **Integrative literature reviews for the development of concepts.** In: RODGERS, B. L.; CASTRO, A. A. Revisão sistemática e meta-análise. 2006. Disponível em: <[www.metodologia.org/meta1.PDF](http://www.metodologia.org/meta1.PDF)>. Acesso em: 25 nov. 2018.

BUSS, P.M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n.1, p.163-177, 2000.

BUSS, P.M.; PELLEGRINI-FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis**, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

CAMPOS, G.W.S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos:** a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o Método da Roda. São Paulo: Hucitec; 2000.

CAMPOS, G.W.S.; DOMITTI, A.C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, vol. 23, p. 399-407, 2007. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n2/16.pdf>> Acesso em: 15 nov. 2017.

CAMPOS, G.W.S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 393-403, 1999. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/csc/v4n2/7121.pdf>>. Acesso em: 12 jan. 2018.

CAMPOS, G.W.S; GUERRERO, A.V. P. **Manual de práticas em atenção básica: saúde ampliada e compartilhada**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

CARDOZO, I. Política de educação permanente para o SUS na Bahia. In: Encontro de escolas de governo em saúde 6, 2008, Porto Alegre. **Relatório da oficina preparatória**. Porto Alegre: ESP/RS; ENSP, 2008.

CARVALHO, T.G.S.; DE ALMEIDA, A.M.B.; BEZERRA, M.I.C. Percepção dos profissionais de saúde da atenção primária sobre educação permanente em saúde. **Revista Sanare**, Sobral, vol. 15, p. 94-103, 2016.

CECCIM, R.B.; FEUERWERKER, L.C.M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis**, v.14 n.1, p.41-65, 2004. Disponível em:< [http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/27642?locale=pt\\_BR](http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/27642?locale=pt_BR)>. Acesso em: 17 jun. 2017.

CECCIM, R.B. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.4, p.975-863, 2005. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n4/a20v10n4.pdf>>. Acesso em: 17 ago. 2016.

CHARLOT, B. Educação, trabalho: problemáticas contemporâneas convergentes. **Educação, Sociedade & Culturas**. Porto, n.22, p.9-25, 2004.

CHIAVERNI, D.H. Guia prático de matriciamento em saúde mental. DF: Ministério da Saúde, Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011. Disponível em:< [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_pratico\\_matriciamento\\_saudemental.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_matriciamento_saudemental.pdf)>. Acesso em 15 jan. 2018.

CLARKE, S. Crise do fordismo ou crise da social-democracia? **Lua Nova**, São Paulo, Cedec, n.24, 1991.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução nº 564 de 2017. Aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Disponível em:<[http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017\\_59145.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html)>. Acesso em: 25 jan. 2019.

COFFEY, A., HOLBROOK, B., & ATKINSON. **Qualitative data analysis: technologies and representations**, Sociological Research Online, v. 1, n. 1, 1996.

CORIAT, B. **Pensar al revés: trabajo y organización em la empresa japonesa. México/Espanha: Siglo XXI, 1992.**

CORIOLOANO, M.W.L.; LIMA, M.M.; QUEIROGA, B.A.M.; MORENO, L.R.; DE LIMA L.S. Educação permanente com agentes comunitários de saúde: uma proposta de cuidado com crianças asmáticas. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v.10 n.1, p. 37-59, 2012. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/tes/v10n1/v10n1a03.pdf>>. Acesso em: 03 abr. 2018.

COSTA, V.Z.; CEZAR-VAZ, M.R.; CARDOSO, L.S.; SOARES, J.F.S. Educação permanente no Programa de Saúde da Família: um estudo qualitativo. **Revista Investimento, Educação em Enfermagem**, vol. 28, 2010. Disponível em:< <http://repositorio.furg.br/bitstream/handle/1/4322/Educacao%20permanente%20no%20Programa%20Saude%20da%20Familia%20um%20estudo%20qualitativo.PDF?sequence=1>>. Acesso em 03 abr. 2018.

COTTA, R. M. M. et al. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, DF, v. 15, n. 3, p. 8-18, 2006.

DAVIM, R.M.B.; TORRES, G.V.; SANTOS, S.R. Educação continuada em enfermagem: conhecimentos, atividades e barreiras encontradas em uma maternidade escola. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.7, n.5, p.43-49, 1999. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v7n5/13503.pdf>>. Acesso em 28 nov. 2017.

DUARTE, S.J.H.; LIMA, D.C.; BARREIRA, G.C.; PERES, W.S. A educação permanente como possibilidade no diagnóstico precoce da tuberculose. **Arquivo Catarinense de Medicina**, Santa Catarina, vol 40, n. 1, 2011. Disponível em:< <http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/843.pdf>>. Acesso em: 03 abr. 2018.

FERNANDES, R.M.C. **Educação permanente e políticas sociais**. Campinas: Papel Social, 2009.

FERRAZ, F.; BACKES, V.M.S.; MARTINEZ, F.J.M.; FEUERWERKER, L.C.M.; LINO, M.M. Gestão de recursos financeiros da educação permanente em saúde: desafio das comissões de integração ensino-serviço. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 18, p. 1683-1693, 2013. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n6/20.pdf>>. Acesso em: 05 nov. 2017.

FIOCRUZ; BRASIL. Ministério da Saúde. SGTES. DGES. **Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem- análise do contexto da gestão e das práticas de saúde**. Ministério da Saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

FORTES, P.A.C. **Ética, saúde e bioética: um convite à reflexão**. São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública/USP; 1997.

FRANCO, T.B. Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do sistema de saúde no Brasil. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**. v.11, n.23, p. 427-438, 2007.

FREIRE, P. **Conscientização: teoria e prática da libertação; uma introdução ao pensamento de Paulo Freire**. São Paulo: Moraes, 1980.

\_\_\_\_\_. **Pedagogia do oprimido**. 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

\_\_\_\_\_. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 15. Ed. São Paulo: Paz e Terra, 165 p., 1996.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ- FIOCRUZ. Glossário de acesso aberto. Disponível em:<http://portal.fiocruz.br/pt-br/content/glossario>. Acesso em 01 set. 2018.

GANONG, L. H. Integrative reviews of nursing research. **Research in Nursing & Health**, Hoboken, v. 10, n. 1, p. 1-11, Mar. 1987.

GIGANTE, R.L; CAMPOS, G.W.S. Política de formação e educação permanente em saúde no Brasil: bases legais e referências teóricas. **Trabalho Educação Saúde**, Rio de Janeiro, v.14 n°3, p.747-763, set. /dez. 2016. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/tes/v14n3/1678-1007-tes-14-03-0747.pdf>>. Acesso em: 02 out. 2016.

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

GIOVANELLA, L; MENDONÇA, M. H. M. Atenção primária à saúde. In: GIOVANELLA, L. et al (Org). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008, p. 575-62.



GOUNET, T. Penser à l' envers...le capitalisme. **Etudes Marxistes**, dossiê toyotisme. Bruxelas, n. 14, maio, 1992.

GONZÁLES, A.D.; ALMEIDA, M.J. Movimentos de mudança na formação em saúde: da medicina comunitária às diretrizes curriculares. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 551-570, 2010.

GRAMSCI, Antônio. **A concepção dialética da história**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1991.

INGRAM, L.; HUSSEY, J.; TIGANI, M.; HEMMELGARN, M. **Writing a literature review and using a syntesis matrix**, 2006. Disponível em:<[http://www.ncsu.edu/tutorial\\_center/writespeack](http://www.ncsu.edu/tutorial_center/writespeack)>. Acesso em: 11 nov. 2017.

JÚNIOR, J.P.B.; MOREIRA, D.C. Educação permanente e apoio matricial: formação, vivências e práticas dos profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e das equipes apoiadas. **Caderno de Saúde Pública**, vol. 33, 2017. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/csp/v33n9/1678-4464-csp-33-09-e00108116.pdf>>. Acesso em: 05 jan. 2018.

KLOPPER, R.; LUBBE, S.; RUGBEER, H. The matrix method of literature review. *Alternation*, **Cape Town**, v. 14, n. 1, p. 262-276, 2007.

LARANJA, M.R.A. A implementação da política nacional de educação permanente em saúde no município de São Paulo. **Curso de Pós-graduação em Gestão e Políticas Públicas**, Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas. São Paulo, 2012.

LE MOS, C.L.M. Educação permanente em saúde no Brasil: educação ou gerenciamento permanente? **Ciência & Saúde Coletiva**, v.21, n.3, p. 913-922, 2016.

LIMA, N.T. Saúde coletiva como compromisso na trajetória da ABRASCO. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, v.10, p.2517-2522, out. 2007.

LIMA, J.V.C. et al. A educação permanente em saúde como estratégia pedagógica de transformação das práticas: possibilidades e limites. **Trabalho, educação e saúde**, Rio de Janeiro, v.8, n. 2, p.207-227, jul. /out.2010. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/tes/v8n2/a03v8n2.pdf>>. Acesso em: 05 dez. 2017.

LIMA, S.A.V.; ALBUQUERQUE, P.C.; WENCESLAU, L.D. Educação permanente em saúde segundo os profissionais da gestão de Recife, Pernambuco. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, vol. 12, p. 425-441, 2014. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/tes/v12n2/a12v12n2.pdf>>. Acesso em: 06 jan. 2018.

LINO, M.M.; BECKES, V.M.S.; FERRAZ, F.; DO PRADO, M.L.; FERNANDES, G.F.M.; DA SILVA, L.A.A.; KLOH, D. Educação permanente dos serviços públicos de saúde de Florianópolis, Santa Catarina. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, vol. 7, p. 115-136, 2009. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/tes/v7n1/06.pdf>>. Acesso em: 06 jan. 2018.

LOPES, S.R.S et al. Potencialidades da educação permanente para a transformação das práticas em saúde. *Comunicação em Ciências da Saúde*, Brasília, v. 18, n. 2, p. 147-155, 2007. Disponível em:< [http://www.escs.edu.br/pesquisa/revista/2007Vol18\\_2art06potencialidades.pdf](http://www.escs.edu.br/pesquisa/revista/2007Vol18_2art06potencialidades.pdf)>. Acesso em: 15 jan. 2018.

MACHADO, M.F. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS – uma revisão conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.2, p.335-342, 2007. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n2/a09v12n2.pdf>> Acesso em: 27 nov. 2017.

MARQUES, R. M.; MENDES, Á. Atenção Básica e Programa de Saúde da Família (PSF): novos rumos para a política de saúde e seu financiamento? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2003, p. 403-415. Disponível em:< [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232003000200007](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000200007)>. Acesso em: 28 jun. 2017.

MARX, K. **O capital. Vol I. Livro I. O Processo de produção do capital**. Rio de Janeiro: Editora Bertrand do Brasil, 1989.

MARX, Karl (1867). **O Capital: Crítica da Economia Política**. vol. I, T 1, São Paulo: abril Cultural, 1983 (Coleção os Economistas).

MATTOS, R. A de. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, out de 2004, p. 1411-1416 Disponível em:< <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2004000500037>>. Acesso em: 08 abr. 2017.

MENDES, K.D.S.; SILVEIRA, R.C.C.P., GALVÃO, C.M. Revisão Integrativa: Método de Pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.17, n.4, p 758-64, out-dez, 2008. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>>. Acesso em: 27 nov. 2017.

MENDES, J.M.R.; WÜNSCH, D. S.; COUTO, B.R. **Proteção social**. In. CATTANI, A.D.; HOLZMANN, L. (orgs.) **Dicionário de trabalho e tecnologia**. 2. Ed. Porto Alegre, RS: Zouk, 2011.

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

MERHY, E.E. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. **Interface Comun Saude Educ**. v. 9, n. 16, p. 172-174, 2005.

MERHY, E.E.; FEUERWERKER, L.C.M.; CECCIM, R.B. Educación permanente em salud: uma estratégia para intervir em la micropolítica del trabajo em salud. **Salud Colectiva**, v.2, n.2, p.147-60, 2006. Disponível em:< <http://www.scielo.org.ar/pdf/sc/v2n2/v2n2a04.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2016.

MINAYO, M.C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14ed. São: Hucitec, 2014.

MISHIMA, S.M.; AIUB, A.C.; RIGATO, A.F.G.; FORTUNA, C.M.; MATUMOTO, S.; OGATA, M.N.; DA SILVA, M.V.; NOGUEIRA, A.C. Perspectiva dos gestores de uma região do estado de São Paulo sobre educação permanente em saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, vol. 49, p. 665-673, 2015. Disponível em:< [http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n4/pt\\_0080-6234-reeusp-49-04-0665.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n4/pt_0080-6234-reeusp-49-04-0665.pdf)>. Acesso em: 06 jan. 2018.

MORAES, R. Análise de conteúdo. *Revista Educação*, Porto Alegre, v. 22, n. 37, p. 7-32, 1999. Disponível em:< [http://cliente.argo.com.br/~mgos/analise\\_de\\_conteudo\\_moraes.html](http://cliente.argo.com.br/~mgos/analise_de_conteudo_moraes.html)>. Acesso em: 22jul. 2018.

MOREIRA, Adelson F. **Ambientes de Aprendizagem no Ensino de Ciência e Tecnologia**. Belo Horizonte: CEFET-MG, 2007.

MOURA, A.H. et al. **Análise do trabalho institucional nas equipes dos distritos sanitários e no hospital Mário Gatti, de Campinas**. In: CAMPOS, G.W.S. *Saúde Paideia*. 3. ed. São Paulo: Hucitec, p. 167-185, 2007.

NERY, S.R et al. Acolhimento no cotidiano dos auxiliares de enfermagem nas Unidades de Saúde da Família, Londrina, Paraná. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 14, supl. 1, 2009. P. 1.411-1.419. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14s1/a14v14s1.pdf>>. Acesso em: 06 nov. 2017.

NETTO, J.P. **A construção do projeto ético-político do serviço social**. In: MOTA, A.M.; BRAVO M.I.; UCHOA, R.; NOGUEIRA, V.; MARSIGLIA, R.; GOMES, L.; TEIXEIRA, M. (org.). *Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional*. São Paulo: editora Cortez. 2006.

NOGUEIRA, V. M. R. Ajustes Estruturais e a Transição de Paradigmas no Setor Saúde. In: SIMIONATO, I.; NOGUEIRA, V. M. R. (Org). **Dilemas do Mercosul: reforma do Estado, direito à saúde e perspectivas da agenda social**. Florianópolis: Lagoa Editora, p. 62-81, 2004.

NOGUEIRA, D.L.; ALBUQUERQUE, I.M.A.N.; FREITAS, C.A.S.L.; VASCONCELOS, D.P.; BRITO, M.C.C. Educação permanente em saúde no município de Sobral/ Ceará: uma revisão integrativa. **Revista Sanare**, Sobral, v.9, p.38-60, 2010. Disponível em:<<https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/5/3>>. Acesso em: 22 nov. 2017.

OFFE, C. & BERGER, J. **Crescimento e racionalização do setor de serviços**. In: OFFE, C. (org.) *Trabalho e Sociedade: problemas estruturais e perspectivas para o futuro da sociedade de trabalho*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1991. V. II- Perspectivas. (Biblioteca Tempo Universitário. N. 89. Série Estudos Alemães).

OLIVEIRA, G.N. **Apoio matricial como tecnologia de gestão e articulação em rede**. In: CAMPOS, G.W.S.; GUERRERO, A.V. P. (Org.). *Manual de práticas da atenção básica: saúde ampliada e compartilhada*. São Paulo: Hucitec, p. 273-282, 2008.

OLIVEIRA, M.M.; COIMBRA, V.C.C.; OLIVEIRA, E.M.; PEREIRA,D.B.; MARTINS, A. O profissional enfermeiro e a atenção primária à saúde. **Revista de Enfermagem e Saúde**, 2011. Disponível em:<<https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/viewFile/3422/2813>>. Acesso em 23 nov. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. **Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde**. 1978. Disponível em<<http://www.opas.org.br>>. Acesso em:24 abr. 2017.

ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE - OPAS. **Saúde nas Américas: 2007**. Washington, DC, 2007.

PAIM, J. S. Modelos de atenção à saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. (org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 547-573, 2008.

PAIVA, Vanilda Pereira. **Educação Popular e Educação de Adultos**.3. ed. São Paulo: Edições Loyola, 1985.

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

PEDUZZI, M et al. Qualidade no desempenho de técnicas dos trabalhadores de enfermagem de nível médio. **Saúde Pública**, v.40. n.5, p.843-50, 2006. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40n5/14.pdf>>. Acesso em: 11 set. 2016.

PEDUZZI, M. Atividades educativas de trabalhadores na atenção primária: concepções de educação permanente e de educação continuada em saúde presentes no cotidiano de Unidades Básicas de Saúde em São Paulo. **Interface Comunicação, Saúde, Educação**, 2009; 13(30):121-134.

PEDUZZI, M.; DEL GUERRA, D.A.; BRAGA, C.P.; LUCENA, F.S.; DA SILVA, J.A.M. Atividades educativas de trabalhadores na atenção primária: concepções de educação permanente e de educação continuada em saúde presentes no cotidiano de Unidade Básicas de Saúde em São Paulo. **Interface Comunicação, Saúde, Educação**, v.13. n.30, p.121-134, jul. /set. 2009. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/icse/v13n30/v13n30a11.pdf>>. Acesso em: 01 nov. 2016.

PERES, C.; DA SILVA, R.F.; DELLA BARBA, P.C.S. Desafios e potencialidades do processo de educação permanente em saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, vol. 14, p. 783-801, 2016.

PIAGET, J. **Psicologia e epistemologia: por uma teoria do conhecimento**. Rio de Janeiro: Forense, 1973.

PINTO, T.M. **Filosofia em enfermagem: algumas reflexões**. Pelotas: UFPel; 1998.

POLIT, D.F.; BECK, C.T. Using research in evidence-based nursing practice. In: POLIT, D.F.; BECK, C.T., editors. *Essentials of nursing research. Methods, appraisal and utilization*. Philadelphia, USA, **Lippincott Williams & Wilkins**, p. 457-494, 2006.

QUIVY, R.; CAMPENHOUDT, L.V. **Manual de investigação em ciências sociais**. Trajectos, 1998.

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

SABEL, C.; PIORE, M. **The second industrial divide**. New York: Basic Books, 1984.

SAMPIERI, R. H.; COLLADO, C. F.; LUCIO, M. P. B. **Metodologia de pesquisa**. 5. ed. Porto Alegre: AMGH, 2013.

SENA, R.R.; GRILLO, M.J.C.; PEREIRA, L.A.; BELGA, S.M.M.F.; FRANÇA, B.D.; DE FREITAS, C.P. Educação permanente nos serviços de saúde: atividades educativas desenvolvidas no estado de Minas Gerais, Brasil. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Rio Grande do Sul, vol. 38, 2017. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v38n2/0102-6933-rgenf-1983-144720170264031.pdf>>. Acesso em: 05 jan. 2018.

SILVA, J.M.; PEDUZZI, M. Educação no trabalho na atenção primária à saúde: interfaces entre a educação permanente em saúde e o agir comunicativo. **Revista Saúde, Sociedade**, São Paulo, vol. 20, p. 1018-1032, 2011. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n4/18.pdf>>. Acesso em: 03 jan. 2018.

SILVA, L.A.A.; SCHMIDT, S.M.S.; NOAL, H.C.; SIGNOR, E.; GOMES, I.E.M. Avaliação da educação permanente no processo de trabalho em saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, vol, 14, p. 765-781, 2016. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/tes/v14n3/1678-1007-tes-14-03-0765.pdf>>. Acesso em: 03 jan. 2018.

SILVA, L.A.A.; SODER, R.M.; PETRY, L.; OLIVEIRA, I.C. Educação permanente em saúde na atenção básica: percepções dos gestores municipais de saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Rio Grande do Sul, vol. 38, 2017.

SOUZA, M.T.; SILVA, M.D.; CARVALHO, R. Revisão Integrativa: o que é e como fazer? **Revista Einstein**, v. 8, n.1, 2010. Disponível em:< [http://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/pt\\_1679-4508-eins-8-1-0102.pdf](http://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/pt_1679-4508-eins-8-1-0102.pdf)>. Acesso em 12 dez. 2018.

SOUZA, M.L.; PRADO, M.L. Innovaciones y avances en el cuidado de enfermería: osadia e irreverência para el acto de creación. In: Cometto MC, Longoni G. **Anais do XVI**, 2005.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

TESTA, M. **Pensar em saúde**. Artes Médicas/Abrasco, Porto Alegre, 1992.

TESSER, C.D.; GARCIA, A.V.; VENDRUSCOLO, C.; ARGENTA, C.E. Estratégia saúde da família e análise da realidade social: subsídios para políticas de promoção da saúde e

educação permanente. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, p. 4295-4306, 2011. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n11/a02v16n11.pdf>>. Acesso em: 03 jan. 2018.

TORRES, M.M.; ANDRADE, D.; SANTOS, C.B. Punção venosa periférica: avaliação de desempenho dos profissionais de enfermagem. **Latino Americana de Enfermagem**, v.3, n.13, p.299-304, 2005. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n3/v13n3a03.pdf>>. Acesso em: 05 out. 2016.

TORRES, O.M.; PEIN, F.B.; DIAS, M.T. Caminhos da educação permanente em saúde: a trajetória do Estado do Rio Grande do Sul. In: VIAL, M.E.; DIAS, M.T.; PEIN, F.B.; MACHADO, M.E. **A Política de Educação Permanente e Saúde: a trajetória do Rio Grande do Sul**. Porto Alegre: Escola de Saúde Pública, 2009.

VANDERLEI, M. I. G.; ALMEIDA, M. C. P. A concepção e prática dos gestores e gerentes da estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 443-453, abr. 2007.

VIANA, A.S. d'Á. et.al. (Orgs.) Recursos humanos na atenção básica, estratégias de qualificação e Polos de Educação Permanente no Estado de São Paulo. São Paulo: **Centro de Estudos de Cultura Contemporânea/** Consórcio Medicina USP, 2008. (Cadernos de Atenção Básica: estudos avaliativos, 4).

WHITEMORE, Robin; KNAFL, Kathleen. The integrative review: updated methodology. **Journal of Advanced Nursing**, 2005, v.52, n.5, p. 546–553, Blackwell Publishing Ltd. Disponível em:< <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x>>. Acesso em: 08 jun. 2016.

XIMENES NETO, F.R.G. **Política de educação permanente em saúde: impasses, desafios e possibilidades**. In: Reunião anual da sociedade brasileira para o progresso da ciência, v.57, 2005.

## APÊNDICE A- Instrumento de análise

Título do artigo:		
Autor(es):		Titulação:
Periódico:		
Ano:	Volume:	Número:
Descritores/ Palavras-chave:		
Objetivo do Estudo:		
Metodologia: 1) Tipo de Estudo:  2) População:  3) Local do Estudo:  4) Coleta de Dados:		
Resultados:		
Conclusões:		
Observações:		