

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO DA UFRGS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE EAD

MARIONE CORTINAZ

**EDUCAÇÃO PERMANENTE: UMA ESTRATÉGIA PARA TRANSFORMAÇÃO
DAS PRÁTICAS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DO HOSPITAL COLÔNIA
ITAPUÃ**

Porto Alegre

2012

MARIONE CORTINAZ

**EDUCAÇÃO PERMANENTE: UMA ESTRATÉGIA PARA TRANSFORMAÇÃO
NAS PRÁTICAS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DO HOSPITAL COLÔNIA
ITAPUÃ**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Gestão em Saúde, do Curso de Pós-graduação *Lato sensu* em Gestão em Saúde, da Escola de Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Prof. Dra. Cristianne Maria Famer Rocha

Porto Alegre

2012

Preciso ousar para dizer, cientificamente que

estudamos,
aprendemos,
ensinamos,
conhecemos nosso corpo inteiro.
Com sentimentos,
com as emoções,
com os medos,
com a paixão e também
com a razão crítica. Jamais com esta apenas.

“É preciso ousar para jamais dicotomizar o
cognitivo do emocional”.

Paulo Freire

RESUMO

O objetivo geral deste estudo é o de se conhecer a percepção dos membros da equipe de enfermagem acerca da Educação Permanente com vistas à transformação de práticas e fortalecimento do SUS. Já os objetivos específicos são: conhecer como os membros da equipe de enfermagem vêem a Educação Permanente e como articular essa percepção ao seu fazer cotidiano; identificar as principais dúvidas e dificuldades em relação à Política de Educação Permanente; sensibilizar as equipes quanto a Educação Permanente em Saúde; desenvolver ações de Educação Permanente no hospital; identificar as potencialidades para desenvolver ações de Educação Permanente e proporcionar subsídios para as ações de Educação Permanente. O estudo foi realizado no Hospital Colônia Itapuã. A coleta de dados foi realizada em dezembro de 2011, através de uma entrevista semi-estruturada com a participação de cinco trabalhadores da equipe de enfermagem. Para análise de dados, optou-se pela Análise de Conteúdo fundamentada por Minayo (2000). Surgindo duas categorias: cidadania e educação e a análise revelou que não conseguimos realizar a educação permanente nos serviços se não tivermos algo que norteiam os profissionais, por esta percepção proponho o Processo Educativo que irá organizar o caminho para chegarmos à Educação Permanente em Saúde.

Palavra- chave: Educação Permanente em Saúde. Educação em Saúde. Hospital Colônia Itapuã

ABSTRACT

The aim of this study is to know the perception of the nursing team's members about Permanent Education in order to practice transformation and SUS (Brazilian unique health system) strengthening. The specific aims although are: knowing how nursing member's team see Permanent Education and how to link this perception to their routine; identify the most common doubts and difficulties related with Permanent Education Politics; Aware teams about Health Permanent Education; realize Permanent Education actions in the hospital; identify potentialities to develop Permanent Education and get subsidies to Permanent Education actions. The study was realized in the Colonia Itapuã Hospital. The data collection was made in December 2011, throughout a semi structured interview with five workers nurses' team participation. For data analyses, Content Analyses based in Minayo(2000) was chosen. Two categories have emerged: citizenship and education and analyses reveled that we can't realize permanent education services if we don't have something to guide the professionals, by this perception I propose the Education Process that will organize the pathway to get to Health Permanent Education.

Keywords: Health Permanent Education. Health Education. Colônia Itapuã Hospital.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	6
2 JUSTIFICATIVA	8
3 OBJETIVOS	9
3.1 OBJETIVO GERAL	9
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	9
4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	10
4.1 POLÍTICAS SOCIAIS DE SAÚDE	10
4.2 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE.....	16
5 CAMINHO METODOLÓGICO.....	22
5.1 TIPO DE ESTUDO.....	22
5.2 SUJEITOS	22
5.3 COLETA DE DADOS	23
5.4 QUESTÕES ÉTICAS	24
5.5 ANÁLISE.....	24
5.5.1 O Processo da Análise na Prática	27
6 DESVELANDO SIGNIFICADOS.....	29
6.1 CIDADANIA.....	29
6.2 EDUCAÇÃO.....	31
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	39
REFERÊNCIAS.....	42
APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA	45
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	46
APÊNDICE C – TERMO DE ACEITE INSTITUCIONAL.....	47

1 INTRODUÇÃO

Este trabalho de conclusão do Curso de Gestão em Saúde é um estudo no qual convergem as práticas do cotidiano profissional e de pesquisa, envolvendo profissionais do Hospital Colônia Itapuã.

Durante experiência profissional como enfermeira trabalhadora, inserida nas atividades de saúde pública, constatei que os profissionais estão desmotivados e, por isso, a realização do processo de trabalho dava-se de maneira mecanicista: “realizam porque tem que realizar e pronto”. Cuidar da saúde das pessoas é muito difícil, pois não só abrange gostar do que se faz mas também ter um perfil profissional para tanto. Acredito que isso transcenda os requisitos citados porque, além de habilitado, o profissional tem de estar motivado. E para estar motivado, temos de desenvolver um processo de busca do SER, tema estudado neste trabalho.

O Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil é uma política pública de inclusão social que, ao longo dos anos, desde a sua regulamentação, provocou diversas mudanças no âmbito das práticas em saúde. Dentre os objetivos deste Sistema está o atendimento integral, a participação popular e o fortalecimento da autonomia da população para a conquista de melhores condições de vida. Porém, em sua trajetória, o SUS enfrentou e enfrenta algumas dificuldades para a sua consolidação. Uma delas é o entendimento dos profissionais de saúde acerca da importância do seu processo de trabalho e a percepção de que a sua prática é capaz de transformar realidades.

As transformações previstas pelo SUS são diretamente ligadas aos trabalhadores, e estes à população. Somente com um conjunto de ações capaz de mobilizar trabalhadores, cidadãos e gestores é que se podem consolidar os objetivos do SUS.

Para que o trabalho em saúde seja capaz de transformar realidades, surge a Educação Permanente em Saúde, uma estratégia que busca a transformação das práticas através do fazer cotidiano, no qual os trabalhadores conseguem perceber os problemas do dia a dia e assim buscar as soluções. Dessa forma, a participação popular torna-se essencial já que o sistema deve buscar o aprimoramento das ações baseado em suas necessidades.

Ao atuar em hospital, percebe-se a necessidade de se repensar e transformar as práticas de saúde para que estas atendam melhor as necessidades dos usuários moradores. Na prática dos trabalhadores da equipe de saúde que atuam no Hospital Colônia Itapuã, observa-se a dificuldade de se obter momentos para se pensar o fazer em saúde e fortalecer as

potencialidades dos trabalhadores, valorizando-os e motivando-os para uma construção coletiva de seus processos de trabalho.

A proposta de se realizar um estudo com os trabalhadores da equipe de saúde do Hospital Colônia Itapuã vem de encontro à necessidade de se conhecer a percepção destes trabalhadores acerca da educação permanente, com vistas à transformação das práticas, quando então, após este estudo, serão fornecidos subsídios para se realizarem propostas de educação permanente na instituição e de transformar realidades e melhorar as condições de vida do cuidador e, conseqüentemente, dos usuários do SUS.

Para melhor contemplar-se o objeto em estudo, utiliza-se a pesquisa qualitativa, porque muitas informações precisam ser interpretadas de forma mais ampla sem poderem ser quantificadas. Estas informações são coletadas através de uma entrevista realizada com os profissionais. O conteúdo constitui-se de fundamentação teórico, em que são abordados as Políticas Sociais de Saúde no Brasil e Educação Permanente.

2 JUSTIFICATIVA

A criação do SUS foi o maior movimento de inclusão social visto na História do Brasil que representou, em termos constitucionais, uma afirmação política de compromisso do Estado Brasileiro para com os direitos dos cidadãos (BRASIL, 2005a). Porém, após as conquistas legais e constitucionais do SUS, o que atualmente percebe-se é a dificuldade na construção dos processos de trabalho e nas organizações do sistema. Existe a dificuldade de se transformar o tradicional modelo assistencial predominantemente curativo, medicalizador, tecnicista, centrado na doença em um modelo centrado no usuário, em suas necessidades, na busca pela sua autonomia, na sua valorização e do seu contexto social e na integralidade, pois se acredita que a busca de novos modelos de atenção se dá em um momento histórico-social, cujo modelo antigo, que é tecnicista, não atende mais as emergências das mudanças do mundo moderno e, conseqüentemente, não atende as necessidades das pessoas, visto que somos o meio em que vivemos.

Neste momento, surgem questionamentos de como estão sendo realizadas as práticas e como as equipes de saúde podem transformá-las com vistas à reorganização do modelo assistencial. Isso contribui para a consolidação do sistema, melhorando as condições de vida da população e garantindo os seus direitos constitucionais.

Sabe-se que, desde a sua implantação, o SUS provocou profundas mudanças nas práticas de saúde; porém, isso não se deu ainda o bastante. Para que novas mudanças ocorram, é necessário haver transformações na formação e no desenvolvimento dos profissionais. Isso significa que só é possível mudar realmente a forma de cuidar, tratar e acompanhar a saúde das pessoas se forem modificados também os modos de ensinar e aprender (BRASIL, 2005a).

Nesses momentos, os profissionais de saúde assumem uma parcela importante na construção do Sistema Único de Saúde, por isso a ausência de conhecimentos básicos leva a distorções, e a falta de engajamento dos profissionais leva à estagnação e ao retrocesso do processo.

Para que isso não aconteça, os profissionais de saúde devem seguir os princípios básicos do Sistema Único de Saúde, dentro dos serviços, que são: descentralização, universalidade, equidade, integralidade e participação social, através do Processo Educativo que é um instrumento de trabalho que auxilia nas mudanças de transformação de um profissional tutelado para um profissional emancipado.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Conhecer o que pensam os membros das equipes de saúde do Hospital Colônia Itapuã sobre a educação permanente com vistas à transformação de práticas e fortalecimento do SUS.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Compreender como os membros das equipes de saúde vêem a educação permanente e como articulam essa percepção ao seu fazer cotidiano;
- identificar as dúvidas e dificuldades em relação à Política de Educação Permanente;
- sensibilizar as equipes quanto à educação permanente em saúde;
- identificar as potencialidades para desenvolver ações de educação permanente no Hospital Colônia Itapuã;

4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

4.1 POLÍTICAS SOCIAIS DE SAÚDE

Em 5 de novembro de 1988, a Assembleia Nacional Constituinte aprovou a nova Constituição Brasileira, incluindo, pela primeira vez, uma seção sobre Saúde. Essa seção sobre Saúde incorporou, em grande parte, os conceitos e propostas da Oitava Conferência de Saúde que se deu em 1986. Pode-se dizer que, na essência, a Constituição adotou a proposta de Reforma Sanitária e do SUS. Segundo Moretto: “O Sistema Único de Saúde é um processo que se encontra em construção desde a VIII Conferência Nacional de Saúde, tendo sido legitimada pela Constituição Federal de 1988, e na prática é implantada de forma gradual, com alguns avanços e retrocessos” (2001, p. 56).

A Reforma Sanitária é a proposta para a democratização da saúde no país. O Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde propõe, primeiramente, que a saúde seja entendida como resultado das condições de vida das pessoas. Ou seja, que a saúde não é conseguida apenas com assistência médica, mas, principalmente, com o acesso das pessoas ao emprego, a salários justos, à educação, à boa condição de habitação e ao saneamento do meio ambiente, ao transporte adequado, a uma boa alimentação, à cultura e ao lazer, além do acesso a um sistema de saúde digno, de qualidade e que resolva os problemas de atendimento das pessoas.

O conceito de saúde não é só não estar doente. Saúde é mais que o binômio saúde/doença. Saúde é ter qualidade de vida, em termos de moradia, água, esgoto, transporte, educação e lazer. Sem estes, não se pode ter saúde. O conceito de saúde do SUS foi ampliado a partir da proposta da Reforma Sanitária, conforme artigo 3 da Lei Federal número 8.080, que diz o seguinte:

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país. Dizem respeito também à saúde as ações que se destinam a garantir às pessoas e a coletividade condições de bem-estar físico, mental e social. Portanto estes conjuntos de fatores são determinantes para que a população possa ter qualidade de vida (SUS, art. 3).

Um dos princípios básicos da Reforma Sanitária é que a Saúde é direito de todos e

dever do Estado. Para que isso seja realidade, é necessário que, além das políticas gerais de governo que contribuam para a melhoria da qualidade de vida, o setor saúde também se estruture e se organize de modo a zelar para que essas políticas sejam adequadas e produzam efeitos positivos sobre a saúde das pessoas e coletividades. A proposta da Reforma Sanitária para reorientar o sistema de saúde brasileiro para cumprir com esta função é a da implantação do Sistema Único de Saúde – SUS.

O SUS faz parte de um sistema mais amplo, o sistema de Seguridade Social. De acordo com o artigo 194 da Constituição, a Seguridade Social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social, chamado de o Tripé da Seguridade Social: “Art. 194. A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (BRASIL, 1988, p.131).

O artigo 4º da Lei 8.080 diz que o SUS é um sistema formado por várias instituições dos três níveis de governo: União, Estados, Municípios, e também pelo setor privado contratado e conveniado. O setor privado, quando é contratado pelo SUS, deve atuar como se fosse público, isto é, usando as mesmas normas de um serviço público. O artigo 199 da Constituição Federal dá conta sobre o setor privado e refere o seguinte:

A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

- a) As instituições privadas poderão participar de forma complementar do Sistema Único de Saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.
- b) É vetada a destinação de recursos públicos por auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos (BRASIL, 1988, p. 134).

O SUS é único, isto quer dizer que tem a mesma doutrina, a mesma filosofia de atuação em todo território nacional e é organizado de acordo com uma mesma sistemática. O artigo 198 da Constituição Federal assegura o que foi exposto:

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I – descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistências;
- III – participação da comunidade. (BRASIL, 1988, p.133)

Conforme o Capítulo II art. 7 da Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, são treze os

princípios do SUS:

- I – universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II – integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III – preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- IV – igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V – direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde a sua utilização pelo usuário;
- VII – utilização da epidemiologia para estabelecimentos de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- VII – participação da comunidade;
- IX – descentralização política administrativa, com direção única em cada esfera de governo:
 - a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
 - b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;
- X – conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
- XI – conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
- XII – capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e
- XIII – organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos. (BRASIL, 1990, p. 25-26)

Dos treze princípios, quatro são considerados princípios fundamentais: a universalidade, a equidade, a integralidade e a descentralização. Eles significam o seguinte:

a) Universalidade

O SUS foi criado partindo-se da seguinte premissa: todas as pessoas têm igual direito à atenção à saúde. Cabe ao Estado garantir as condições para o exercício desse direito e isso se fará mediante a implantação do Sistema Único de Saúde. Isso significa dizer que a rede de serviços do SUS, sejam as unidades estatais e/ou seja o setor privado contratado em caráter complementar tem o dever de atender ou encaminhar para o atendimento em unidades especializadas todas as pessoas que necessitarem, sem estabelecer condições ou exigir pagamento. Moretto refere que “para que tal princípio seja praticado, é necessário manter uma rede acessível de serviços de saúde e em número adequado para atender à demanda; dispor de recursos financeiros e promover atendimento em qualidade adequada à população” (2001, p. 56). Além disso, “Os serviços de saúde são gratuitos a população no momento de

sua utilização, isto quer dizer, que não precisamos pagar nenhum valor na hora do atendimento, mas é fruto da carga tributária paga mensalmente pelo cidadão” (MORETTO, 2001).

b) Equidade

Todas as pessoas têm direito ao atendimento às suas necessidades. Mas as pessoas são diferentes, vivem em condições desiguais e as suas necessidades são diversas. Equidade é diferente de igualdade. Se o Sistema Único de Saúde oferece exatamente o mesmo atendimento para todas as pessoas, da mesma maneira, em todos os lugares, estará provavelmente fazendo coisas desnecessárias para alguns, deixando de atender às necessidades de outros, mantendo as desigualdades. Em outras palavras, devem-se tratar desigualmente os desiguais, oferecendo mais a quem precisa mais, procurando reduzir a desigualdade. Para Fleury, “é manter justa chance de acesso a todos é um direito universal e igualitário” (1994, p. 57). Em outras palavras, “Equidade em saúde visa a reduzir as diferenças no estado de saúde da população e assegurar oportunidades e recursos igualitários para capacitar todas as pessoas a realizar completamente seu potencial de saúde” (BRASIL, 1996, p. 13).

c) Integralidade

O princípio de integralidade do SUS assenta-se na compreensão de que as pessoas têm o direito de serem atendidas no conjunto de suas necessidades e que os serviços de saúde devem estar organizados de modo a oferecer todas as ações requeridas por esta atenção integral. Dessa forma, o SUS deve desenvolver ações sobre o ambiente e sobre os indivíduos destinadas à promoção, à proteção e à recuperação da saúde. Segundo Moretto: “Todas as ações de saúde devem garantir o atendimento do conjunto das necessidades das pessoas, como indivíduos ou grupos, e centra-se na promoção, prevenção, cura e reabilitação em diferentes complexidades” (2001, p. 56). Dessa forma, é preconizado ao indivíduo no seu todo, e não em suas partes isoladas, inserido em diferentes condições de vida e de trabalho. Isso significa que o usuário tem o direito à saúde e à própria cidadania.

d) Descentralização

A descentralização da saúde é Lei Constitucional, art. 198 que diz o seguinte:

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I – **descentralização**, com direção única em cada esfera de governo;

II – **atendimento integral**, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistências;

III – **participação da comunidade**. (BRASIL, 2000, p. 133)

A descentralização é a diretriz central do Sistema Único de Saúde, ou seja, descentralizando-se, as diferentes esferas governamentais ficam com autonomia para construir a sua política de atuação dos serviços de saúde. Como diz Barros:

É a redistribuição das responsabilidades frente às ações e serviços de saúde em cada nível de governo, ficando o maior esforço centrado em nível municipal, mais em contato direto com a população e que, por isso, pode detectar suas prioridades e avaliar a capacidade operacional municipal. (1994, p. 57)

Barros citando Silva vai mais longe e diz que “a descentralização também implica a autonomia nas diferentes esferas governamentais, visando à sua construção social e política, o que envolve a participação social e a criação de espaços de negociação” (1994, p. 57). O que definem as obrigações de cada esfera de governo é a Lei 8080/90 e as Normas Operacionais Básicas do Ministério de Saúde.

Todos esses princípios foram criados para uma mudança de paradigma: transformar o que vinha acontecendo dentro da administração das políticas de saúde e que não estavam dando certo, para uma nova maneira de administrar.

O princípio da universalidade foi criado para que todas as pessoas tenham iguais direitos à atenção à saúde, pois, antes da Constituição de 1988, a saúde não era um direito de todos. A assistência médica era comprometida, apenas, a quem tinha carteira assinada e pagava a Previdência Social. Aos outros, só pagando ou o Ministério da Saúde, os Hospitais Universitários e os Governos Estaduais e Municipais assumiam o atendimento. Neste caso, a população que não podia pagar e não “tinha INPS”, era chamada *de indigente ou carente*.

Antes da constituição de 1988, as Políticas de Saúde eram as mesmas para todo o território brasileiro. Porém, embora o território geográfico seja imenso e o clima seja diferente, ainda assim, os programas de saúde criados eram iguais. Por exemplo: os técnicos

do Ministério de Saúde criavam um programa para as doenças respiratórias agudas, uma doença que acontece com maior frequência no inverno da Região Sul, mas era implantado em todo território nacional. Por situações como essa, foi necessário criar o princípio fundamental que é a equidade.

Existem vários desafios a serem superados como Souza e Costa (2010, p. 510) dizem: “o atual sistema de saúde brasileiro vive um momento de intensos avanços, mas ainda muitos desafios a serem superados” e uma destas mudanças será possibilitada através da educação. Mas temos que aprender a realizar esta educação de uma maneira que os sujeitos se sintam integrantes do processo de transformação.

Podemos dizer que houve uma ampliação dos usuários ao serviço de saúde e a existência de fóruns onde estes podem participar das decisões políticas, mas enfrentamos vários desafios, pois ainda temos influências do processo tecnicista da assistência. Tal fato dificulta a reflexão, a problematização, o trabalho em equipe e a integralidade nas práticas. Como diz Brasil: “Um desenho tecnoassistencial diz respeito à maneira como são organizadas e combinadas, isto é “desenhadas”, numa dada sociedade, as diversas ações de intervenção no processo saúde-doença-rede de atenção [...] (BRASIL, 2005e, p.79)”.

É importante salientar que quando se fala de um desenho tecnoassistencial de um serviço ou de um sistema de saúde, faz-se referência não somente aos programas assistenciais, mas também ao modo de se construir a gestão de processos políticos, organizacionais e de trabalho no setor da saúde (BRASIL, 2005e).

A maior parte das propostas tecnoassistenciais desenvolvidas para o SUS centram suas propostas na reorganização da atenção básica, e esta, por sua vez, desempenha um papel estratégico no SUS, sendo o principal elo entre o sistema de saúde e a população (BRASIL, 2005e).

Para Brasil (2005e), é importante que, na escolha do desenho tecnoassistencial, este responda às necessidades de saúde e atenda aos princípios do SUS: universalidade, integralidade, descentralização, regionalização, alta resolubilidade em cada serviço, integração intersetorial, fortalecimento das instâncias de pactuação e de controle social e educação permanente dos trabalhadores de saúde. Esta escolha também deve preservar e desenvolver a autonomia das pessoas.

4.2 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

Foi instituída em setembro de 2003 a Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS e em 13 de Fevereiro de 2004 foi instituída a Política de Educação Permanente em Saúde, através da Portaria nº. 1996 de 20 de Agosto de 2007, apresentado pelo Ministério da Saúde por meio do Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Segundo Marandola (2009) “esta política visa a trabalhar, transformar e qualificar as práticas de saúde dentro do quadrilátero formado por gestores, instituições formadoras, profissionais e representantes sociais.

A Portaria nº 1996 de 20 de agosto de 2007 dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde à luz do Pacto pela Saúde, atribuindo aos Colegiados de Gestão Regional (COGERE) a condução regional da Política, com a participação das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES) na definição de um Plano Regional de Educação Permanente em Saúde a partir dos Planos Regionais e municipais de saúde. (TORRES et al., 2009, p. 27)

Quem norteia as políticas de educação em serviço são as Comissões Permanentes de Integração de Ensino-Serviço (CIES), com a inclusão das Instituições de Ensino Superior IES, movimentos sociais, profissionais dos serviços de saúde e gestão, que trabalham como órgãos políticos e técnicos que amparam e norteiam os COGERES (STROSCHEIN; MACHADO, 2009, p. 76).

A introdução do debate e deliberação da PEP na instância dos gestores de saúde, organizados regionalmente, inaugura uma nova perspectiva, qual seja, a de considerar a educação na saúde tão significativa quanto a tomada de decisão sobre a atenção e a gestão na saúde. (TORRES et al., 2009, p.27)

A Educação Permanente em Saúde é uma política que vem em defesa do SUS, como diz Ceccim (2005b, p. 979), “a escolha da Educação Permanente em Saúde como ato político de defesa do trabalho no SUS decorreu do desafio para que o setor da saúde [...] conquistasse adesão dos trabalhadores, constituísse processos vivos de gestão participativa e transformadora [...]”. A Educação Permanente é definida:

Educação permanente é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. A Educação permanente se baseia na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais. A Educação permanente pode ser entendida como aprendizagem-

trabalho, ou seja, ela acontece no cotidiano das pessoas e das organizações. Ela é feita a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm. Propõe que os processos de educação dos trabalhadores da saúde se façam a partir da problematização do processo de trabalho, e considera que as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores sejam pautadas pelas necessidades de saúde das pessoas e populações. O processo de educação permanente em saúde tem como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho. (BRASIL, 2005, p. 20)

A Educação Permanente em Saúde vem para transformar o processo de trabalho, onde os trabalhadores terão atuação crítica, reflexiva e propositiva, tornado-se um trabalhador comprometido e tecnicamente competente, como afirma Ceccim (2005b, p. 976): “a Educação Permanente em Saúde constitui estratégia fundamental às transformações do trabalho, para que venha a ser lugar de atuação crítica, reflexiva, propositiva, comprometida e tecnicamente competente”. Segundo Ceccim e Feuerwerker (2004, p. 43) “a formação para área da saúde deveria ter como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho e estruturar-se a partir da problematização do processo de trabalho [...]”.

Em educação em saúde falamos em Educação Continuada e agora em Educação Permanente onde existe diferenças, como diz Davini : “No campo dos sistemas de saúde, os debates acerca da educação e desenvolvimento dos recursos humanos levaram a contrastar os paradigmas das denominadas ‘Educação Continuada’ e ‘Educação Permanente’”(2009,p.43).

A diferença de Educação Continuada e Educação Permanente é que a continuada esta pautada no conhecimento técnico enquanto a permanente esta pautado no movimento do cotidiano de trabalho.

A educação continuada é pautada pela concepção de educação como transmissão de conhecimento e pela valorização da ciência como fonte do conhecimento; é pontual, fragmentada e construída de forma não articulada à gestão e ao controle social, com enfoque nas categorias profissionais e no conhecimento técnico-científico de cada área, com ênfase em cursos e treinamentos construídos com base nos diagnósticos individuais. Já a educação permanente está fundamentada na concepção de educação como transformação e aprendizagem significativa, centrada no exercício cotidiano do processo de trabalho, na valorização do trabalho como fonte de conhecimento, na valorização da articulação com a atenção à saúde, a gestão e o controle social, e no reconhecimento de que as práticas são definidas por múltiplos fatores. (PEDUZZI et al., 2009, p.123)

Para Ceccim e Feuerwerker (2004, p. 49) “a educação continuada aceita o acúmulo sistemático de informações e o cenário de práticas como território de aplicação da teoria, a educação permanente entende que o cenário de práticas informa e recria a teoria necessária, recriando a própria prática”.

Para haver formação através da educação permanente tem que haver mudanças estratégicas de organização. As demandas para educação em serviço não podem ser definidas a partir de uma lista de necessidades individuais de atualização ou de orientações dos “níveis centrais”; estas devem partir dos problemas da organização do trabalho, considerando a necessidade de prestar atenção relevante e de qualidade (CECCIM; FEUERWERKER, 2004). Segundo Pedroso (2005 apud PEDUZZI et al., 2009, p.122):

nos serviços de saúde, a área de recursos humanos ainda é marcada pelos procedimentos de administração de pessoal, e as respostas às demandas de desenvolvimento são pontuais, centradas nas capacitações técnico-científicas, desarticuladas e fragmentadas, frequentemente desvinculadas das necessidades de saúde.

Nessa perspectiva, Brasil (2005c) afirma que, em sua maioria, as ações educativas realizadas são prescritivas. E essas prescrições são construídas com base no conhecimento especializado, nas definições sobre o que seriam “as melhores práticas”, sem considerar as capacidades, limites e possibilidades locais.

Ainda para Brasil (2005c, p.24), “tradicionalmente os processos educativos realizados para o desenvolvimento dos trabalhadores de saúde se destinam às categorias profissionais específicas, desconhecendo coletivos e o sentido de equipe de saúde de forma ampla e articulada ao sistema de saúde”.

Assim, “a educação para o trabalho deve ser uma educação que pensa o trabalho e que pensa a produção do mundo. O objetivo não é apenas formar bons técnicos, mas bons profissionais, capazes de ser criativos no pensar, no sentir, no querer e no atuar” (BRASIL, 2005a, p. 23).

Porém, “construir novos saberes implica identificar interesses; confrontar os saberes anteriores [...] com as realidades; desequilibrar certezas ou mesmo desestabilizar convicções [...]; garantir condições para o diálogo; construir uma nova forma de aproximação, formulação e comunicação com os saberes produzidos” (BRASIL, 2005e, p.131).

Ceccim e Feuerwerker (2004, p. 47) afirmam “que a busca da qualidade dos serviços de saúde está em aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho”. O trabalho em saúde é um trabalho de escuta, quando a interação entre profissional de saúde e usuário é determinante da qualidade da resposta assistencial (CECCIM; FEURWERKER, 2004).

Como afirma Brasil (2005d, p.669):“O trabalho em saúde refere-se a um mundo próprio, complexo, diverso, criativo, dinâmico, em que cotidianamente usuários se apresentam portadores de algum problema de saúde e buscam, junto aos trabalhadores que ali estão resolvê-los”.

As práticas de saúde para serem transformadora, passarão por muitas dificuldades, como afirma CECCIM : “A integralidade e a intersetorialidade têm enorme dificuldade de sair do papel, envolvem pensamento, saberes e práticas no ensino, na gestão, no controle social e na atuação profissional” (2005b p. 983).

Através da Educação Permanente será realizado uma transformação em primeiro lugar no desenvolvimento pessoal do profissional e conseqüentemente o desenvolvimento das instituições.

A Educação Permanente em Saúde é uma proposta aberta que dá novos sentidos às práticas, que parte do pressuposto da aprendizagem significativa, em que a aprendizagem é motivada pelo desejo ativo dos participantes pela apropriação de novos saberes e práticas (BRASIL, 2005c).

Duas condições são necessárias para que haja aprendizado significativo: uma delas é que a pessoa deve estar motivada e a outra é que o conteúdo deve ser potencialmente significativo, tendo motivação, e com um conteúdo significativo vamos relacionar o que aprendemos com o que já sabemos e, de forma aberta, interagir com o outro. E para estar motivada, no primeiro momento, o profissional tem que ser norteada em aprender qual o significado e importância do seu papel dentro do processo de trabalho.

Segundo Brasil (2005c, p.24), “os conhecimentos acumulados sobre aprendizagem de adultos revelam que eles se mobilizam para aprender quando identificam um problema ou uma situação que não conseguem enfrentar com os conhecimentos e a experiência que já têm acumulados.” “Para o setor da saúde, a estética pedagógica da Educação Permanente em Saúde é a de introduzir a experiência da problematização e da invenção de problemas” (CECCIM, 2005b, p. 984).

Para Pessanha e Cunha (2009), desenvolver ações de educação permanente contribui para a superação dos problemas a partir do cotidiano dos profissionais, centrando no modo de trabalho e na relação trabalhador-usuário a busca por competências favoráveis à qualidade do atendimento a população.

Davini (2009, p. 49) diz que no trabalho também se aprende. A educação permanente prevê transformar as situações diárias em aprendizagem, analisando reflexivamente os

problemas da prática e valorizando o profissional, pois se este se sente valorizado, ele irá valorizar o próprio processo de trabalho.

Ainda para a autora, “para se produzir mudança nas práticas e, sobretudo para modificar as práticas institucionalizadas nos serviços de saúde, é necessário privilegiar o conhecimento prático em suas ações educativas e favorecer a reflexão compartilhada e sistemática” (2009, p. 49).

Para Brasil (2005c), construir ações educativas com perspectiva transformadora pressupõe a construção compartilhada entre integrantes da equipe de trabalho ou vivência, desde a identificação do problema, até as ações desenvolvidas para a reorganização do trabalho.

Para produzir mudanças de práticas de gestão e atenção, é fundamental que sejamos capazes de dialogar com as práticas e concepções vigentes, que sejamos capazes de problematizá-las (CECCIM, 2005a, p.165). “A condição indispensável para uma pessoa ou uma organização decidir mudar ou incorporar novos elementos a sua prática e a seus conceitos é a detecção e contato com os desconfortos experimentados no cotidiano do trabalho [...]” (CECCIM 2005 a, p.165).

“Portanto, a transformação das práticas de saúde baseia-se na reflexão crítica sobre práticas reais, de atores reais em ação na rede de serviços”. A educação permanente possibilita o encontro entre o mundo da formação e o mundo do trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho (BRASIL, 2005c, p.53).

Segundo Brasil (2005e, p.81), através da EPS “pode-se resgatar a capacidade de ação e encarar as organizações com estruturas vivas que podem ser do modo como os usuários necessitam que seja”.

Assim, o desenvolvimento de atividades nas instituições que estimulem o vínculo, a responsabilização, o conhecimento dos profissionais da realidade de vida dos usuários bem como possibilite espaços coletivos para a troca de saberes é um dos caminhos para a construção de novos modos de produção de cuidado e de processos de educação permanente (BRASIL, 2005d).

É premente a necessidade dos trabalhadores de reconhecimento pelo trabalho executado. [...] reconhecer-se no que faz. Realizar-se por meio do trabalho, implicar-se, responsabilizar-se, satisfazer-se. O trabalho precisa fazer sentido para o trabalhador, para o usuário e para a sociedade. (BRASIL, 2005d, p.86)

Para o trabalho fazer sentido, os profissionais de saúde tem que estar inseridos no problema, assim através da educação permanente emergem propostas de mudanças significativas como diz na apostila do curso de Formação de Facilitadores de Educação Permanente: “A educação permanente em saúde possibilita construir coletivos, identificar problemas, processá-los e construir propostas de mudança, ou seja, possibilita propor novos arranjos entre os atores participantes do trabalho ou da ação social em questão” (BRASIL, 2005c, p. 42). Brasil (2005a, p. 25) diz que:

o mais importante no entanto, é perceber que a população ocupa o espaço central da política de educação e desenvolvimento dos trabalhadores para o SUS. O objetivo final da política de educação permanente é garantir uma atenção à saúde de qualidade, desenvolvendo a autonomia da população em relação a sua própria saúde, satisfazendo suas necessidades de saúde e de educação em saúde, fazendo com que ela seja capaz de exercer conscientemente a participação popular e o controle social.

A educação permanente é importante, porque possibilita operar uma dinâmica inovadora de relações e conceitos, alcançando o seu objetivo final que é uma saúde pública de qualidade e uma população participativa. “E é assim que o mundo vai mudar: pela transformação do poder em autoridade compartilhada, do direito despótico em direito democrático e do conhecimento-regulação em conhecimento-emancipação, em todos os espaços da vida humana” (BRASIL, 2005e, p.132).

5 CAMINHO METODOLÓGICO

5.1 TIPO DE ESTUDO

Este estudo foi realizado dentro de uma abordagem qualitativa e descritiva.

Na pesquisa qualitativa, um dos aspectos privilegiados é a ciência subjetiva, pois existe um foco complexo e aberto em que temos que ter a comunicação e a observação, levando-se a um elemento básico de análise, que é a palavra, e a uma interpretação individual. Já na pesquisa quantitativa tem-se uma ciência objetiva e controladora, com um foco conciso e limitado, que utiliza somente instrumentos específicos, sendo o número o elemento base de análise, o que leva a uma análise estatística.

Para Minayo “certamente, qualquer pesquisa social que pretenda um aprofundamento maior da realidade não pode ficar restrita ao referencial apenas quantitativa” (2000, p. 28). O autor diz ainda que: “Fica difícil trabalhar com números, uma vez que caminhamos para o universo de significações, motivos, aspirações, atitudes, crenças e valores” (2000, p. 48). Esse conjunto de dados é considerado qualitativo, pois necessita de um referencial de coleta e de interpretação de outra natureza.

Para Triviños, a pesquisa qualitativa está mais direcionada para a compreensão dos significados. Busca o entendimento destes para os sujeitos pesquisados, podendo entender as causas e suas relações dentro do contexto histórico (1987, p. 128-130).

5.2 SUJEITOS

O estudo foi realizado no Hospital Colônia Itapuã, tendo como sujeito os profissionais da equipe de saúde do Hospital Colônia Itapuã. Foi selecionada uma amostra do tipo não-probabilística e intencional. A amostra foi composta de cinco profissionais, considerando-se os seguintes critérios:

- a) estar trabalhando há mais de 5 anos no serviço;
- b) trabalhar na área de enfermagem.

A tabela abaixo mostra o sexo e idade dos profissionais entrevistados:

SEXO	IDADE
feminino	52 anos
feminino	43 anos
masculino	47 anos
feminino	55 anos
feminino	58 anos

5.3 COLETA DE DADOS

Esta etapa consiste na coleta de depoimentos dos entrevistados sob um determinado assunto. Segundo Triviños, a coleta de dados “[...] é veículo para nova busca de informações (1987, p. 137). O instrumento para a coleta de dados utilizado foi: entrevistas semi-estruturadas (APÊNDICE A).

A entrevista semi-estruturada, segundo Triviños, é um dos principais meios que temos para realizar a Coleta de Dados “[...] porque esta, ao mesmo tempo em que valoriza a presença do investigador, oferece todas as perspectivas possíveis para que o informante alcance a liberdade e a espontaneidade necessária, enriquecendo a investigação” (1987, p. 146).

Sobre a “entrevista de pesquisa”, Minayo traduz a definição dada pelos americanos Kahn & Cannell (1962) que é: “Conversa a dois, feita por iniciativa do entrevistador, destinada a fornecer informações pertinentes para o objeto de pesquisa, e entrada (pelo entrevistador) em temas igualmente pertinentes com vistas a este objetivo” (2000, p. 108).

O roteiro do formulário das entrevistas realizadas com os profissionais que trabalham no HCI aborda os seguintes aspectos:

- a) em relação ao conhecimento da Educação Permanente;
- b) em relação à importância da Educação Permanente;
- c) em relação à opinião do profissional.

5.4 QUESTÕES ÉTICAS

Para realizar-se a pesquisa, observam-se, também, as questões éticas. Ética é uma palavra de origem grega, *éthos*, que pode ser traduzida por costume. Goldim (1997) cita Moore que diz que “ética é a investigação geral sobre aquilo que é bom”.

Para a realização desta pesquisa, necessitou-se pedir licença para Diretor Técnico do HCI (APÊNDICE B),

Quando os profissionais foram entrevistados, foi-lhes informado qual era o objetivo da pesquisa e que seus nomes seriam preservados. Após a realização das entrevistas, foi solicitado que as mesmas fossem assinadas por elas (APÊNDICE C).

5.5 ANÁLISE

A técnica de análise escolhida é Análise de Conteúdo que para Minayo é a “expressão mais usada para representar o tratamento dos dados de uma pesquisa qualitativa”. Além disso, diz “que o termo significa mais do que um procedimento técnico. Faz parte de uma histórica busca teoria e prática no campo das investigações sociais” (2000, p. 199).

Segundo Bardin (1979, p. 42), a Análise de Conteúdo pode ser definida como:

Um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a interferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens.

Para Minayo, a análise de conteúdo do ponto de vista operacional “parte de uma literatura de primeiro plano para atingir um nível mais aprofundado, relacionando estruturas semânticas (significantes) com estruturas sociológicas (significados) dos enunciados” (2000, p. 203). Usa-se como técnica neste trabalho a Análise Temática que, para Minayo (2000, p. 208):

É uma das formas que melhor se adequam à investigação qualitativa do material sobre saúde. A noção de tema está ligada a uma afirmação a respeito de determinado assunto. Ela comporta um feixe de relações e pode ser graficamente apresentada, através de uma palavra, uma frase, um resumo.

Segundo Bardin, o tema “é a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo critérios relativos à teoria que serve de guia a leitura” (1979, p.105).

Já para Unrug, o tema é uma unidade de significação complexa com comprimento variável e a sua validade é de ordem psicológica e não de ordem linguística. Pode-se construir um tema tanto com uma afirmação como com uma alusão (1974, p.19).

Segundo Minayo, realizar uma análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõe uma comunicação, cuja presença ou frequência significam alguma coisa para o objeto analítico visado (2000, p.209). Operacionalmente, a análise temática desdobra-se em três etapas, quem, segundo Minayo (2000) são:

1ª A Pré-Análise

Consiste na escolha dos documentos a serem analisados. Pode ser composta das seguintes tarefas:

Leitura Flutuante: consiste em tomar contato exaustivo com o material deixando-se impregnar pelo seu conteúdo. Esse material é a pesquisa realizada com as profissionais de enfermagem do Hospital Colônia Itapuã.

Constituição do Corpus: organização do material de tal forma que possa responder a algumas normas de validade: exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência.

Formulação de Hipóteses e Objetivos: estabelecer as hipóteses iniciais, pois a realidade não é evidente. Porém, esses pressupostos iniciais devem ser de tal forma flexíveis para permitir novas hipóteses, a partir de procedimentos exploratórios. Nesta pesquisa, as hipóteses iniciais são as seguintes:

- a) se os profissionais não têm conhecimento da Política de Educação Permanente é porque existe algum problema de comunicação entre o profissional e os gestores;
- b) se existe o problema, é porque a comunicação entre eles se dá de maneira inadequada ou inexistente.

2ª Exploração do Material

A exploração do material consiste na operação de codificação. Segundo Bardin (1979), a transformação dos dados brutos visa a alcançar o núcleo de compreensão do texto. São três fases para serem trabalhadas:

- a) em primeiro lugar, com o recorte do texto em unidades de registro que podem ser uma palavra, uma frase, um tema, um personagem, um acontecimento tal como foi estabelecido na pré-análise;
- b) em segundo lugar, se escolhe as regras de contagem, uma vez que tradicionalmente se constrói índices que permitem alguma forma de quantificação;
- c) terceiro lugar se realiza a classificação e a agregação dos dados, escolhendo as categorias teóricas ou empíricas que comandarão a especificação dos temas.

3ª Tratamento dos Resultados Obtidos e Interpretação

Tradicionalmente, os resultados brutos são submetidos a operações estatísticas simples como as percentagens ou as operações complexas com as análises fatoriais. Essas operações permitem por em relevo as informações obtidas. A partir daí, propõe-se inferências e realizam-se interpretações previstas no quadro teórico ou abrem-se outras pistas em torno de dimensões teóricas sugeridas pela leitura do material.

A análise temática mantém sua crença na significação da regularidade e é bastante formal. Como técnica, ela transpira as raízes positivistas da análise de conteúdo tradicional. Porém, há diferenças na abordagem, pois se trabalha com significados e não somente com estatísticas.

5.5.1 O Processo da Análise na Prática

A construção das categorias foi realizada nas seguintes etapas:

- a) Primeira Etapa: leitura flutuante e exaustiva das entrevistas;
- b) Segunda Etapa: unitarização das unidades registradas nas entrevistas, que, neste caso, foram palavras e frases que respondem a algumas normas de validade. Foram sublinhadas, no próprio texto, as palavras que respondiam a alguma norma de validade;
- c) Terceira Etapa: organização dos grupos de palavras que representam o mesmo sentido, com cores diferentes. Pegam-se as palavras sublinhadas e transcrevem-se todas para uma folha de papel grande. Após, pegam-se as canetas de cores diferentes e se faz um círculo ao redor da palavra. As cores eram iguais para as palavras correspondentes no sentido. Depois, transcreve-se essa lista para o computador, como demonstrado a seguir;
- d) Quarta Etapa: através da organização destes grupos inseridos na unitarização, criar as categorias iniciais. No lado das categorias iniciais, entre parênteses, está o número de vezes que as unidades aparecem;
- e) Quinta Etapa: após a criação das categorias iniciais, criam-se as principais.

TABELA DA UNITARIZAÇÃO E DAS CATEGORIAS

UNITARIZAÇÃO	CATEGORIAS INICIAIS	CATEGORIAS PRINCIPAIS
Falar alguma coisa	Ser participação (7)	CIDADANIA
Até tentamos, mas nos perdemos		
Sente feliz		
Tratar bem os pacientes		
Temos que ser orientados		
Ter educação		
Educação continuada		
Educação sempre		
Nenhum conhecimento		
Ter educação: temos que ser educado, se não nos perdemos		
Falta conhecer		
Educação é tudo		
Não tem conhecimento		
Sem educação	Ter educação (7)	
Querer mudar		
Dificuldade de mudança		
Processo necessário		
Inclusão		
Educação permanente acontece de maneira informal		
Novas ideias		
Fazer parte da história		
Educação permanente é o que fazemos		

6 DESVELANDO SIGNIFICADOS

6.1 CIDADANIA

Cidadania é uma categoria construída através das falas dos profissionais que demonstraram total desconhecimento do que seria Educação Permanente; e sem conhecimento, não há cidadania, conforme evidenciado a seguir:

[...] Não, não sei, não conheço, não. [...] E1

[...] Não conheço e não sei te responder. [...] E3

[...] Educação Permanente em Saúde. Hum! Que será isso? [...] E2

Percebe-se que, apesar da política de Educação Permanente ter sido instituída em 2004, ainda hoje, após oito anos, os profissionais do Estado desconhecem o assunto. Assim, indago e me indago como podemos formar cidadãos pensantes se nem nós o somos. Destes questionamentos, emergiu uma categoria muito importante que é cidadania, pois numa Política de Educação Permanente, temos que ser cidadãos emancipados. Porém, como a emancipação não vem de uma hora para outro, como seremos emancipados se viemos de uma cultura de cidadãos tutelados? Dessa forma, percebo que ainda temos de ser nordeados.

A cidadania é um conjunto de direitos, subdivididos em três blocos: os direitos civis, os direitos políticos e os direitos sociais. Pedro Demo (1995), referindo-se a Marshall, cita que eles, o conjunto de direitos da cidadania, não surgiram juntos na história, pois se passou algum século até que cada um se configurasse e todos se fundissem. A cidadania integral, com todas suas três dimensões, é algo típico do século XX. Os direitos civis são aqueles necessários à liberdade individual: liberdade de ir e vir, liberdade de imprensa, pensamento e fé, o direito à propriedade e de concluir contratos válidos e o direito à justiça. Os direitos políticos são os de participação no exercício do poder político, como ser membro de um organismo de autoridade política ou um eleitor dos membros de tal organismo. E os direitos sociais vão desde o direito a um mínimo de bem estar econômico e de segurança ao direito de participação por completo, na herança social, assim como também levar a vida digna de um ser civilizado de acordo com os padrões que prevalecem na sociedade.

Para Pedro Demo (1995), umas das conquistas mais importantes do fim deste século XX é o reconhecimento de que a cidadania perfaz o componente mais fundamental do desenvolvimento, reservando-se para o mercado a função indispensável de meio. Esse avanço está na esteira das lutas pelos direitos humanos e pela emancipação de pessoas e dos povos.

Ao serem questionados sobre as CIES, nenhum dos participantes conseguiu conceituar estas comissões, demonstrando um total desconhecimento em relação à Política de Educação Permanente. As falas a seguir demonstram isso:

[...] Sei lá o que é isso. [...] E1

[...] Não, não, não. Não, pela sigla não, não me lembro, não, não me lembro, não.
[...] E2

[...] Não, não. Não, nunca ouvi falar, não. [...] E4

Se não temos conhecimento, não podemos ser cidadãos e o fator essencial para o progresso democrático é a cidadania, definida como competência humana de fazer-se sujeito para fazer história própria e coletivamente organizada. Sem falarmos em cidadania, entendo é impossível termos Educação Permanente que é um processo de formação da competência humana de fazer-se sujeito. Para isso, alguns componentes são cruciais, tais como educação, organização política, identidade cultural, informação e comunicação, destacando-se, acima de tudo, o processo emancipatório. Este se funda na capacidade crítica, para, com base nesta, intervir na realidade, de modo alternativo. O desafio maior da cidadania é a eliminação da pobreza política, que está na raiz da ignorância, sobre condição de manobra e esta pobreza política reside na acomodação das pessoas, sem conhecimento não preciso realizar nada novo.

Sendo a pobreza política o núcleo principal da pobreza material, cidadania passou a figurar como requisito essencial também do combate à miséria econômica, em particular, com o reconhecimento obtido da ONU: do desenvolvimento como direito, desenvolvimento como oportunidade. A pessoa precisa não só perceber que existe oportunidade, mas fazer oportunidade e, mais que tudo, fazer-se oportunidade. Trata-se de fazer-se cidadão e fazer-se sujeito competente, não admitir a cidadania tutelada e também dispensar a assistência.

Como profissionais de saúde, devemos sempre pensar em não ter a prática de tutelar os usuários e nem prestar o assistencialismo, e sim de encaminhá-los para serem sujeitos pensantes, por consequência, emancipá-los. Para podermos ajudar neste processo de mudança, primeiramente temos que nos emancipar.

Cidadania é a raiz dos direitos humanos¹. Sobretudo, cidadania é o alicerce do Estado. Este, por sua vez, por meio de seus serviços públicos, não precede e muito menos conduz a cidadania. Uma sociedade cidadã sempre vai em direção à construção de uma instância comum.

Demo (1995) menciona que o ideal para a sociedade é a cidadania emancipatória, com base na cidadania organizada e na capacidade produtiva. Afirma ainda que a cidadania é fim, produção é o meio. O Estado, por sua vez, detém um papel estratégico como instância delegada de serviço público, controlado pela cidadania, por isso, é capaz de tornar-se lugar viável de equalização de oportunidades.

Além da cidadania emancipatória, existem outros tipos de cidadania:

- a) cidadania tutelada, que expressa o tipo de cidadania que a elite econômica e política cultiva ou suporta; aquela caracterizada por dádiva ou concessão superior. É apelo para o clientelismo e o paternalismo, principalmente, com o objetivo de manter a população atrelada a seus projetos políticos e econômicos;
- b) cidadania assistida, que expressa uma forma mais amena de pobreza política, pois permite a elaboração de um embrião da noção de direito, o direito à assistência, integrante de toda democracia. Caracterizada por manter intocado o sistema produtivo, não se compromete com a necessária equalização de oportunidades.

O Sistema Único de Saúde é uma política pública que favorece a cidadania emancipatória, pois a participação social é um dos princípios fundamentais do SUS.

6.2 EDUCAÇÃO

Esta categoria foi criada a partir do desconhecimento dos profissionais quanto à

¹ “Os direitos humanos são universais e naturais, e o que é considerado um direito humano no Brasil, também deverá sê-lo com o mesmo nível de exigência, de respeitabilidade e de garantia em qualquer país do mundo, porque eles não se referem a um membro de uma sociedade política, a um membro de um Estado; eles se referem à pessoa humana na sua universalidade. Por isso são chamados de direitos naturais, porque dizem respeito à dignidade humana da natureza humana. São naturais também porque existem antes de qualquer lei, e não precisam estar nela especificados para serem exigidos, reconhecidos, protegidos e promovidos. São indivisíveis e interdependentes porque à medida que são acrescentados ao rol de direitos fundamentais da pessoa humana eles não podem mais ser fracionados, ou seja, você tem o direito até aqui, daqui para frente é só para os homens, ou só para as mulheres, ou só para os ricos ou para os sábios” (BENEVIDES, 1998, p. 41).

política educativa do SUS. Como profissionais de saúde, somos educadores e para sermos educadores temos de ser educados. A dialética desta relação, em questão, não existe, pois não há o diálogo, portanto não é encontrada a verdade. E só através da verdade pode-se conhecer a realidade concreta para que, finalmente, possamos realizar a Educação Permanente.

Quando foi perguntada como era percebida a Educação Permanente em Saúde no dia a dia do trabalho, pode-se afirmar que existe um desconhecimento do que é educação em serviço, como mostram as falas a seguir:

[...] Educação Permanente em Saúde, será o cuidado que temos que ter com a nossa saúde [...] E3

[...] acho que estamos sempre em Educação Permanente, pois estamos sempre querendo aprender, só que temos que ser informados orientados [...] E5

Quando foi perguntado qual era a diferença de Educação Continuada e Educação Permanente, deu para perceber e ratificar a afirmação citada acima: “Existe um desconhecimento do que é educação em serviço”. As seguintes falas o mostram:

[...] Hum! Diferença? Bah! Aí tu me “embananou”, sei lá qual a diferença [...] E5

[...] Diferença entre permanente e continuada, mas se não sei o que é permanente [...] E2

[...] Diferença, pois é, será que existe? [...] E1

[...] Não existe diferença, pois continuada e permanente são sinônimos [...] E4

A orientação, a informação e o esclarecimento são aspectos que devem ser trabalhados juntos ao profissional de saúde, que, por sua vez, deve ser bem informado, bem esclarecido e bem orientado para tomar consciência e, só após isso, irá se sensibilizar sobre a importância de seu papel como profissional de saúde dos usuários moradores do HCI. Segundo Faleiros “a geração da conscientização dá-se no processo de organização, de reflexão” (1989, p. 99). E para educar, segundo o mesmo autor, é preciso comunicar: “a comunicação é uma rede de comunicação e intercâmbio de mensagens que pode abrir caminhos alternativos à transformação” (FALEIROS, 1989, p. 53).

Quando foram perguntadas quais seriam as dificuldades para a realização de Educação Permanente no HCI, as falas a seguir trazem as seguintes respostas:

[...] as dificuldades é a falta de comunicação do nível central com o local [...] E2

[...] sem sabermos o que esta acontecendo, não fazemos nada [...] E1

[...] a dificuldade principal é o nosso isolamento e falta de

comunicação. [...] E5

Para haver comunicação no processo de trabalho, a educação é primordial para que se tenha a competência de comunicar o que é correto e de forma a atingir a todos. Os assuntos que para os profissionais parecem óbvios, para o usuário, muitas vezes, não são tão óbvios assim. Disso o profissional deve ter consciência, pois muitas vezes o usuário não dispõe de informações, dos esclarecimentos necessários para conhecer o que vai ser realizado e esta explicação é um direito que lhe cabe como cidadão.

Essa transformação educacional tem que acontecer primeiramente dentro dos serviços de saúde fazendo com os coordenadores de serviço sejam comprometidos com a sua responsabilidade de comprometer os profissionais, com um profissional competente que tenha conhecimento profundo de sua área de atuação profissional e interesse pelo ser humano e pelos aspectos sociais. Para Vanzin “deve ter flexibilidade e habilidade na resolutividade de problemas com o cliente no núcleo familiar e no contexto social, numa abordagem holística” (1996, p. 31). Segundo Ellis (1998, p. 22):

A enfermagem como um compromisso de vida Bixler e Bixler (1945) enfatizaram em sua lista de critérios para as profissões deveria atrair pessoas com qualidades pessoais e intelectuais que exaltem o serviço acima dos ganhos pessoais e que reconheçam a ocupação escolhida como um trabalho de vida. (1998, p. 22)

Na faculdade de enfermagem, as estudantes ficam preocupadas em aprender a técnica, conseqüentemente, é dada maior ênfase ao ensino da técnica, esquecendo-se, muitas vezes, da relação humana. Normalmente, quando se aprendem as técnicas de enfermagem, aprende-se em objetos; por exemplo: quando se realiza um treinamento prático de aplicação de injeção, este treinamento é realizado em uma laranja, quando vamos aprender a dar banho em crianças, este banho é dado em bonecos. Isso faz com que, quando vamos por esta técnica em prática em humanos, fiquemos ansiosos e estressados, como já observado no item 2.1.

Assim, a educação é uma ação essencial para a transformação, pois, segundo Freire, “quanto mais refletir sobre a realidade, sobre a situação concreta, mais emerge plenamente consciente, comprometido, pronto a intervir na realidade para mudá-lo” (1980, p. 35).

No processo de trabalho, devem existir sempre indagações, como o porquê dos erros e acertos: Por que se erra? Por que se acerta? Como se erra? Como se acerta? O que se faz para não errar? O que se faz para acertar? Através desses, entre muitos outros questionamentos, chega-se a algumas respostas, que possibilitam melhorar os resultados.

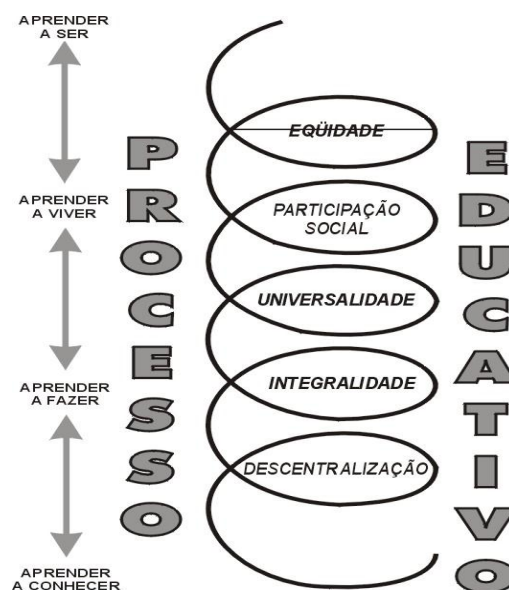
Afirma-se que no processo de trabalho se está sempre construindo um processo

educativo, que possibilita a equipe trabalhadora da área da saúde repensar a maneira que vem atuando frente ao seu processo de trabalho. Esse processo educativo está baseado em alguns princípios da pedagogia libertadora, tendo como essência o diálogo como principal instrumento pedagógico, o qual induz a reflexões críticas que, por sua vez, abrem possibilidades de se transformar a realidade (MORETTO, 2001, p. 60). Dessa maneira, evidencia-se o interrelacionamento com os quatro pilares da educação, propostos pela Comissão Internacional sobre o Desenvolvimento da Educação, que são: aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a viver e aprender a ser.

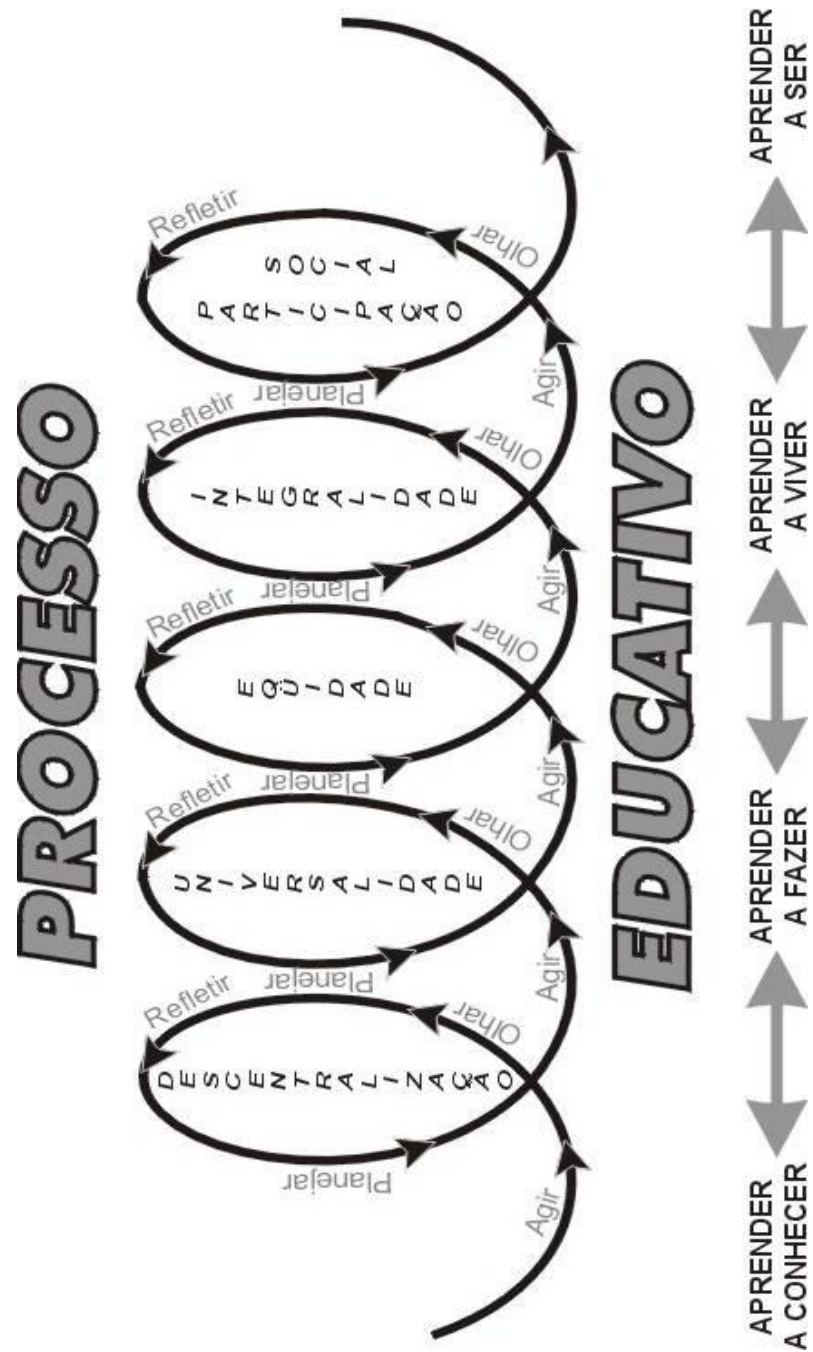
Moretto cita Freire diz que: “ensino porque busco, porque indaguei, porque indago e me indago. Pesquiso para constatar, constatando, intervenho intervindo educo e me educo. Pesquiso para conhecer o que ainda não conheço e comunicar ou anunciar a novidade” (2001, p. 32).

Moretto continua citando Freire dizendo que o processo educativo deve ser agradável a todos os participantes; deve ser constituído de momentos de prazer e de paixão em que o grupo busca dividir suas vivências, suas frustrações e seus sonhos, porque sonhar com os outros é um sonho que se torna realidade.

Moretto entende que processo educativo, dentro dos serviços de saúde do SUS, pode ser representado por um movimento helicoidal, em que cada volta representa um dos princípios do SUS, os quais estão inseridos os profissionais de saúde. Nessa caminhada, os atores percorrem as quatro aprendizagens básicas propostas pela Unesco: aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a viver e aprender a ser.



Representação Gráfica do Processo Educativo de Moretto



Representação Gráfica do Processo Educativo Proposto

Solicita-se, aqui, licença para autora da representação gráfica do processo educativo, para se fazer à apropriação de seu valioso trabalho propondo algumas mudanças. Estas mudanças seriam estruturais: muda-se a posição do gráfico como um todo. Da posição verticalizada para a posição horizontal, porque com esta perspectiva se está interligando um elo com outro elo, no mesmo nível de poder. A colocação, dos princípios básicos do SUS não foram colocados por acaso na ordem que estão, e sim, em ordem prioritária de resolutividade, ficando na seguinte maneira: descentralização, universalidade, equidade, integralidade e participação social, conforme a figura citada na página anterior.

Em primeiro lugar, foi colocada a descentralização, porque ela é a diretriz central do SUS, pelo qual é estipulado o comando político-administrativo, único em cada esfera do governo (federal, estadual e municipal). Entende-se que, para haver a participação social, a descentralização tem de ocorrer, também, dentro dos serviços de saúde. Não podemos ter medo de passar as informações pensando na perda do poder. É necessária a descentralização em todos os aspectos. Um saber que deve ser da coletividade profissional não deve ser um saber somente de um profissional. Não se apropriam saberes, deve-se sempre lembrar a competência profissional de cada um.

Na prática do cotidiano profissional, não são descentralizados os serviços, cada um tem a sua função definida com a sua “gavetinha fechada”. A seguir, apresentam-se alguns dos discursos usados por esses profissionais:

- a) “Sou responsável somente por isso e pronto”;
- b) “Este assunto não é da tua competência é da minha **COMPETÊNCIA**”;
- c) “Ah! Não sei como é realizado isto, pois não trabalho nesta parte”;
- d) “A chave deste armário, não posso dar, pois tem uns papeis importantes do meu trabalho”; e
- e) “Esta sala será chaveada porque tem materiais de uso somente do meu trabalho”.

Os usuários do SUS, por sua vez, chegam aos serviços oferecidos por esses e se dirigem à recepção. Eles não procuram por um serviço, mas procuram por uma pessoa que realiza tal serviço. Dessa maneira, o serviço é personalizado. Se, por acaso, o profissional procurado não estiver, o usuário vai embora, na maioria das vezes desiludido. Muitas vezes, esse usuário vem de longe, passando por várias dificuldades até chegar aos serviços, tanto de

ordem financeira como de ordem física.

Para não acontecerem esses transtornos, todos os profissionais devem estar a par dos serviços oferecidos e com a sua “gavetinha aberta”, para que todos possam atuar na ausência daquele colega que lida mais. Devem acontecer essas transformações, porque se entende que, dessa maneira, o usuário vai ser mais bem atendido, uma vez que, mesmo se não se resolve o problema, pelo menos vamos melhor orientá-lo.

Após a descentralização é que pode acontecer a universalidade, que é a garantia de acesso igual de todas as pessoas. Se todos os profissionais não estiverem trabalhando de maneira integrada, entende-se que os problemas do usuário serão fragmentados e não resolvidos como um todo. Acontece então a fragmentação: vários olhares e vários saberes.

Após a descentralização e a universalização, pensa-se na equidade, que é diferente de igualdade, em que todas as pessoas têm direito ao atendimento às suas necessidades. Se o mesmo atendimento é oferecido para todas as pessoas, da mesma maneira em todos os lugares, realiza-se coisa desnecessária e deixa-se de atender as necessidades dos outros. Oferece-se a quem precisa mais, procurando-se reduzir a desigualdade. Dentro dos serviços, temos que saber trabalhar com os princípios de universalidade e equidade, pois não podemos comunicar da mesma maneira para todos de maneira igual, pois existem pessoas desiguais e conseqüentemente entendimentos também desiguais.

Logo, aparece a integralidade. Sobre ela, pensa-se sob três aspectos: de que deve haver integração entre a rede de serviços da Secretaria de Saúde e que após os profissionais devem ter integralidade entre eles, trabalhar de maneira interdisciplinar; de que se devem atender os usuários no conjunto de suas necessidades, em que os serviços de saúde devem estar organizados de modo a oferecer todas as ações requeridas. Por último, vem a participação, pois a participação do usuário que usa o sistema é muito importante, já que é este que vai dizer quais são as suas necessidades e o que precisa mudar para haver melhoria para o coletivo. Para existir a Educação Permanente em Saúde, tem de haver a participação do usuário.

Para que os profissionais dos serviços de saúde memorizem mais facilmente todos esses princípios, faz-se necessária à educação permanente uma maneira para tanto, que pode se dar por meio do uso da palavra DUEIP, que é a sigla desses princípios:

D – DESCENTRALIZAÇÃO

U – UNIVERSALIZAÇÃO

E – EQUIDADE

I – INTEGRALIDADE

P – PARTICIPAÇÃO

Assim, os princípios básicos do sistema tornam-se mais amplos, ampliando-os, para um sistema menor, que são os serviços oferecidos pelo SUS, projetando os princípios do macro para o micro. Em seus movimentos, devem ser acrescentadas as ações que se deve ter: o olhar, o pensar e o agir. Sendo assim, pode-se chegar aos objetivos: fazer com que os profissionais e usuários percebam que eles podem ser cidadãos emancipados, que podem fazer história própria e coletiva e que esta história própria e coletiva será construída através da EPS.

Após se alcançar o modo mais adequado do acerto, em uma dada realidade, chega-se à conclusão de que se está em um processo de pesquisa para se conhecer o que ainda não foi conhecido, ao mesmo tempo em que passa para os outros os resultados obtidos. Esses resultados serão ensinados após obter-se certeza de que eles dão bons frutos.

Para a realização de algumas mudanças, é oportuno seguir o movimento helicoidal da seguinte maneira: olho, penso, ajo e transformo. Desse modo, se está aprendendo a conhecer, aprendendo a fazer, aprendendo a viver e aprendendo a ser. É apropriado sentir-se dentro do contexto para se aprender a ser alguém importante que quer realizar alguma mudança e é neste momento que estaremos realizando a EPS.

É muito importante saber que, individualmente, não se transforma a realidade social, mas com união através da EPS, pode-se sim investir na reconstrução do dia a dia. Como escreveu Martinnelli: “o que diz o poeta Thiago de Mello, em seu livro Poesia comprometida com a minha e com a sua vida: Como sou pouco e sei pouco, faço o pouco que me cabe me dando por inteiro” (1998, p. 146).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As mudanças previstas pelo SUS estão diretamente ligadas aos trabalhadores de saúde e, conseqüentemente, à população por eles atendida. Para que se efetivem os objetivos do SUS, é necessário um conjunto de ações que venha a mobilizar trabalhadores, cidadãos e gestores. Por conta da estratégia para a transformação do processo de trabalho em saúde surge a Educação Permanente que tem como proposta a transformação das práticas através do fazer cotidiano, no qual os trabalhadores percebem os problemas no dia a dia de trabalho e assim buscam as soluções para resolvê-las juntamente com a população, visto que o SUS prioriza as ações baseadas nas necessidades da população e na integralidade da assistência, colocando assim o usuário como ponto central do Sistema.

Por meio da pesquisa realizada, percebe-se que os profissionais têm um total desconhecimento em relação à Educação Permanente como política que foi instituída no país no ano de 2004, hoje organizada no Estado através das Comissões Permanentes de Integração de Ensino-Serviço (CIES). Se os profissionais não têm conhecimento destas políticas, há uma fragilidade desta, pois os CIES são compostos por trabalhadores de saúde, gestores, instituições de ensino e controle social. Os trabalhadores, tendo desconhecimento, não poderão utilizar destes importantes e necessários espaços de discussão. Porém, mesmo assim, eles entendem a necessidade de saber mais sobre a Política de Educação Permanente e querem participar da construção desta política tão importante e necessária para o trabalho em saúde.

Para atingirmos a tão almejada mudança, uma das exigências é o investimento “pesado” na educação e para esta ser uma educação permanente, penso que a melhor forma de implantarmos a Política de Educação Permanente, nos serviços de saúde, primeiramente tem de passar pelo Processo Educativo proposto anteriormente. Pela minha experiência profissional, não podemos pensar em Educação Permanente, em que é indispensável a participação de todos, sem termos em mãos uma ferramenta que nos direcione para atingirmos o objetivo principal que é a participação social, pois se não se der desta forma, percebo que poderemos nos perder.

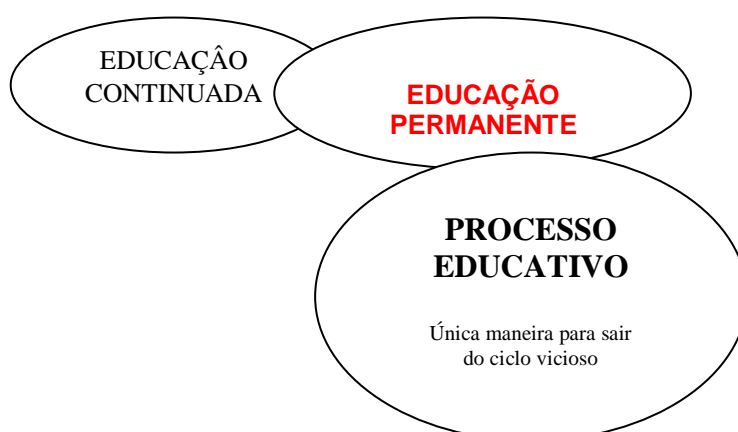
Dessa maneira, para que a Educação Permanente se concretize, temos de usar esta ferramenta que propicia que durante o dia a dia do trabalho o profissional pense onde ele está e como deve agir para realizar as mudanças. Estas devem ocorrer com o profissional estando norteado não por um programa, e sim por um processo simples que nos faz lembrar que, para o SUS dar certo, temos de trilhar seus princípios que são: descentralização, universalidade,

equidade, integralidade e participação social.

A busca pelas transformações cotidianas vai além da necessidade de transmissão de conhecimentos prontos, pois estes dependem diretamente do envolvimento dos personagens das ações. Os envolvidos nos processos somente demonstram suas potencialidades e interesse quando sentem a necessidade de mudança; quando as atividades são planejadas somente por uma parte e não conjuntamente, os envolvidos não sentem interesse. Assim, temos de realizar a mudança para que os envolvidos no processo a sintam.

Como uma maneira de suprir as necessidades para o trabalho em saúde e superar estas dificuldades, os trabalhadores relacionam as capacitações como solução para estes problemas e demonstram que, através delas, conseguiriam minimizar as suas carências, evidenciando a percepção de Educação Permanente em Saúde (EPS) e Educação Continuada (EC). Porém, estas noções são consideradas sinônimas por parte dos entrevistados, pois os mesmos não conseguem diferenciá-las em suas falas. Essa ideia de que elas são iguais justifica a maneira como estes trabalhadores entendem a necessidade de capacitações: como a EC é pautada na transmissão de conhecimentos, ela é prescritiva e sistemática, ao passo que a EPS prevê a problematização dos processos de trabalho, buscando as soluções no cotidiano e possibilitando as reais transformações das práticas. Embora não as diferenciem, os trabalhadores demonstram que existe a necessidade de transformação no seu fazer. Entretanto, não conseguem identificar se isso se dá através da Educação Permanente em Saúde ou da Educação Continuada, pois eles somente percebem que as mudanças são necessárias e associam as capacitações como forma de potencializar as ações de EPS no seu dia a dia. Dessa forma, entende-se que sensibilizar estes profissionais quanto à política de Educação Permanente, como se organiza e o conceito de EPS é estratégia fundamental para que esta se concretize na realidade dos profissionais do HCI.

Para termos uma mudança de paradigma da forma de educar continuada para permanente, percebo que a única maneira de sairmos do ciclo vicioso é por meio do Processo Educativo proposto. Esta mudança pode ser exemplificada pela representação gráfica a seguir:



Acredita-se que os trabalhadores do HCI têm essa necessidade de mudança, pois demonstram que enfrentam dificuldades no seu dia a dia, mas ainda não existem espaços para essas discussões. Estes trabalhadores carecem de mudanças, precisam reconhecer-se por meio do seu trabalho e perceberem-se como indutores de melhorias nas condições de vida dos usuários que atendem e, conseqüentemente, satisfazerem-se também por meio do seu trabalho.

Partindo desta perspectiva, espera-se, com a ajuda dos resultados deste estudo, transformar uma das falas dos entrevistados que diz: “A semente da Educação Permanente já foi plantada no HCI”, mostrando que não somente é possível plantar esta semente, como também dela colher excelentes frutos. Acredita-se que a implantação de ações de EPS junto aos profissionais do HCI permitirá discussões entre trabalhadores, gestores e a usuários, possibilitando o planejamento das ações, identificando dificuldades, potencialidades, valorizando o fazer cotidiano e principalmente contribuindo para a melhoria da qualidade de vida de todos. Assim, haverá a consolidação da Política de Educação Permanente através do Processo Educativo e, conseqüentemente, o fortalecimento do Sistema Único de Saúde.

REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1979.

BARROS, Elizabeth. **O controle social no sistema local de saúde. Incentivo à participação popular e controle social do SUS: texto técnico para conselheiros de saúde**. Ministério da Saúde. Brasília: IEC, 1994.

BRASIL, Ministério da Saúde. **A Educação Permanente Entra na Roda: Pólos de Educação Permanente em Saúde: conceitos e caminhos a percorrer**. Brasília, DF, 2005a. 36 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Curso de Formação de Facilitadores de Educação Permanente em Saúde: unidade de aprendizagem: práticas educativas no cotidiano do trabalho em saúde**, Brasília, DF, 2005c. 61 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Curso de Formação de Facilitadores de Educação Permanente em Saúde: unidade de aprendizagem: trabalho e relações na produção do cuidado em saúde**. Brasília, DF, 2005d. 104 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Curso de Formação de Facilitadores de Educação Permanente em Saúde: unidade de aprendizagem: análise do contexto da gestão e das práticas de saúde**. Brasília, DF, 2005e. 161 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica Programa Saúde da Família: Educação Permanente: caderno 3**. Brasília, DF, 2000c. 44 p.

_____. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e das outras providências. In: **Diário Oficial da União**, 1990.

_____. Constituição Republica Federativa do Brasil: Edição da Assembléia Legislativa do Estado do Rio Grande do Sul, 1988.

CECCIM, Ricardo Burg. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface: comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v.9, n.16, p. 161-77, set. 2004/ fev. 2005a.

CECCIM, Ricardo Burg. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n. 4, p.975-86, out./dez. 2005b.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura C.M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p. 41-65, jan./jun. 2004.

DAVINI, Maria Cristina. Enfoques, Problemas e Perspectivas na Educação Permanente dos recursos humanos de saúde. In: BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília, DF, 2009. 64 p. (Série B. textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v.9).

DEMO, P. **Cidadania Emancipada**. São Paulo: Atlas, 1995.

FALEIROS, V.P. **Metodologia e ideologia do trabalho social**. São Paulo: Cortez, 1989.

FLEURY, Sônia. **Equidade e reforma sanitária: Brasil**. Saúde em Debate: São Paulo, 1994.

FREIRE, Paulo. **Conscientização: teoria e prática da libertação**. Uma introdução ao pensamento de Paulo Freire. 3. ed. São Paulo: Moraes, 1980.

GOLDIM, J. R. **Pesquisa em saúde: leis, normas e diretrizes**. Porto Alegre: HCPA, 1997.

MARANDOLA, Thalita da Rocha et al. Educação Permanente em Saúde: conhecer para compreender. **Revista Espaço Para a Saúde**, Londrina, v.10, n.2, p. 53-60, jun. 2009.

MINAYO, M.C.S. **O Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 7. ed. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: Abrasco, 2000.

MORETTO, Eliane S. **Os Enfermeiros e o SUS: da realidade à possibilidade**. Passo Fundo: Universitária, 2001.

PEDUZZI, Marina et al. Atividades educativas de trabalhadores na atenção primária: concepções de Educação Permanente e de educação continuada em saúde presentes no cotidiano de Unidades Básicas de Saúde em São Paulo. **Interface: comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v. 13, n. 30, p. 131-34, jul/set. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000300011> Acesso em: 20 out. 2011.

PESSANHA, Renan Vasconcelos; CUNHA, Fátima Teresinha Scarparo. A aprendizagem-trabalho e as tecnologias de saúde na Estratégia de Saúde da Família. **Texto e Conceito Enfermagem**, Florianópolis, v. 18, n.2, p. 233-40, abr/ jun. 2009. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n2/05.pdf>> Acesso em 14 out. 2010.

SOUZA, Georgia Costa de Araújo; COSTA, Íris do Céu Clara. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.19, n. 3, p. 509-17, jul/set. 2010.

STROSCHEIN, Karina Amadori; MACHADO, Maria Elida. Educação Permanente nos serviços de saúde: um estudo sobre as experiências realizadas no Estado do Rio Grande do Sul. In: VIAL, Sandra Regina Martini; DIAS, Miriam Thais Guterres; PLEIN, Fátima de Barros; MACHADO, Elida. (Coord.) **A Política de Educação Permanente em Saúde: a trajetória no Rio Grande do Sul**. Porto Alegre: Secretaria de Estado da Saúde do RS/ Escola de Saúde Pública, 2009. 107 p. (Coleção Escola de Saúde Pública) (Série Educação Permanente 1).

TORRES, Odete Messa et al. Caminhos da Educação Permanente em Saúde: a trajetória do Estado do Rio Grande do Sul. In: VIAL, Sandra Regina Martini; DIAS, Miriam Thais Guterres; PLEIN, Fátima de Barros; MACHADO, Elida. (Coord.) **A Política de Educação Permanente em Saúde: a trajetória no Rio Grande do Sul**. Porto Alegre: Secretaria de Estado da Saúde do RS/ Escola de Saúde Pública, 2009. 107 p. (Coleção Escola de Saúde Pública) (Série Educação Permanente 1).

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**. A pesquisa qualitativa em educação, São Paulo: Atlas, 1987.

UNRUG, M.C. **Analyse de Contenu et Acte de Parole**. Paris: Delargès. Universi 1974.

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA

1) Cargo:

2) Tempo de atuação no HCI:

3) O que você conhece sobre Educação Permanente em Saúde?

4) Você tem conhecimento das diferenças entre Educação Permanente em Saúde e Educação Continuada?

5) Caso conheça, como você percebe a Educação Permanente em saúde no dia a dia do seu trabalho?

6) Quais as dificuldades para a realização de ações de Educação Permanente no HCI?

7) Você sabe como a Política de Educação Permanente se organiza e como está organizada no estado do RS? O que você conhece sobre as CIES?

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, ao assinar este documento, declaro que fui plenamente esclarecido de que, ao responder às questões que compõem essa pesquisa, estarei participando de um estudo de cunho acadêmico que tem como objetivo conhecer a percepção dos membros das equipes de saúde do Hospital Colônia Itapuã acerca da educação permanente. Também fui esclarecido de que, caso venha a aceitar a participação nessa pesquisa, está garantido que poderei desistir a qualquer momento, inclusive sem nenhum motivo, bastando para isso informar a decisão de desistência, da maneira mais conveniente. Fui esclarecido ainda que a participação na pesquisa não incorrerá em riscos ou prejuízos de qualquer natureza nem acarretará custos para mim.

Foi-me assegurado que os dados referentes ao estudo serão sigilosos e privados, mantendo-se minha identidade preservada. Sei que poderei solicitar informações durante todas as fases da pesquisa, inclusive após a sua publicação.

A coleta de dados desta pesquisa será realizada por meio de uma entrevista que será gravada, garantindo-se a privacidade e a confidencialidade das informações. As entrevistas serão realizadas pela pesquisadora principal Marione Cortinaz.

Assino o presente termo em duas vias de igual teor, ficando uma em minha posse e outra com a pesquisadora principal.

Pesquisadora principal: Marione Cortinaz

Fone: (51) 99140529, e-mail: maracortinaz@yahoo.com

Porto Alegre, ____, _____ de 2012.

Assinatura do participante

Assinatura da pesquisadora principal

APÊNDICE C – TERMO DE ACEITE INSTITUCIONAL

Eu _____, Hospital Colônia Itapuã Secretário, informo que conheço o Projeto “Educação Permanente: Uma Estratégia para a Transformação das Práticas dos Profissionais de Saúde do Hospital Colônia Itapuã”, coordenado pela Pesquisadora principal Marione Cortinaz. Autorizo sua execução junto as Unidades de Psiquiatria e Enfermaria do Hospital Colônia Itapuã.

Hospital Colônia Itapuã

Data: