



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**AÇÕES DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE
DESENVOLVIDAS POR EQUIPES DE ATENÇÃO
BÁSICA EM SAÚDE**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Michele Raddatz

**Santa Maria, RS, Brasil
2014**

**AÇÕES DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE
DESENVOLVIDAS POR EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA
EM SAÚDE**

Michele Raddatz

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de concentração: Cuidado e Educação em Enfermagem e Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestre em Enfermagem**.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Marlene Gomes Terra
Co-orientadora: Prof^ª Dr^ª Elisabeta Albertina Nietsche

Santa Maria, RS, Brasil.
2014

Ficha catalográfica elaborada através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Central da UFSM, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Raddatz, Michele
Ações de Educação Permanente em Saúde desenvolvidas por
equipes de Atenção Básica em Saúde / Michele Raddatz.-
2014.
81 p. ; 30cm

Orientadora: Marlene Gomes Terra
Coorientadora: Elisabeta Albertina Nietsche
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-
Graduação em Enfermagem, RS, 2014

1. Educação Continuada 2. Programa Saúde da Família
3. Política de Saúde 4. Enfermagem I. Terra, Marlene
Gomes II. Nietsche, Elisabeta Albertina III. Título.

Todos os direitos autorais reservados a Michele Raddatz. A reprodução de partes ou do todo deste trabalho só poderá ser feita mediante a citação da fonte.

Email: michele_raddatz_81@hotmail.com

**Universidade Federal de Santa Maria
Centro de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem**


**A Comissão Examinadora, abaixo assinada,
aprova a Dissertação de Mestrado**


**AÇÕES DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE
DESENVOLVIDAS POR EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA EM
SAÚDE**


elaborada por
Michele Raddatz

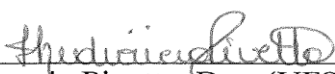
como requisito parcial para obtenção do grau de
Mestre em Enfermagem

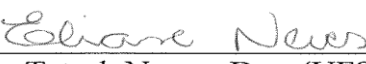
COMISSÃO EXAMINADORA:


Marlene Gomes Terra, Dra. (UFSM)
(Presidente/Orientador)


Elisabeta Albertina Nietzsche, Dra. (UFSM)
(Coorientadora)


Terezinha Heck Weiller, Dra. (UFSM)
(1ª Examinador)


Hedioneia Pivetta, Dra. (UFSM)
(2ª Examinadora)


Eliane Tatsch Neves, Dra. (UFSM)
(Suplente)

Santa Maria, 30 de Abril de 2014.

AGRADECIMENTOS

Ao término de mais uma caminhada, é preciso de modo especial, Refletir... E agradecer...

À Deus, pela vida e por ter guiado meus caminhos e minhas decisões para que eu conseguisse mais essa conquista em minha vida.

Ao mesmo tempo, peço que Continues comigo dando-me forças para que eu possa trilhar com sucesso novas caminhadas.

À meu pai e mãe, Valdi e Amélia, que me deram a vida e principalmente, me ensinaram a vivê-la com dignidade e respeito. Pelo amor e carinho, pelo apoio que recebi em mais essa caminhada. Espero um dia poder retribuir tudo isso a vocês. Essa conquista é nossa. Amo vocês!

À minha irmã Betânia, que sempre esteve presente em minha vida com sua alegria de criança e, que soube esperar com paciência meu retorno ao seu lar e de nossos pais no período de construção deste esse estudo. A “Michel” te ama!

Ao meu “namorado” Marcelo, que soube compreender os momentos de ausência e, pacientemente me esperou dando-me forças nos momentos difíceis. Essa conquista também é um pouco tua. Te amo!

À minha orientadora Marlene Gomes Terra, pela competência, dedicação, carinho e principalmente compreensão diante das dificuldades. Por ter acreditado apesar do pouco tempo de convivência. Suas contribuições, ideias e sugestões foram fundamentais para a concretização desse estudo e ajudaram-me a crescer como profissional, docente e pessoa. Muito Obrigada!

Às Professoras Elisabeta, Hedionéia pelas discussões, incentivo e contribuições.

À minha Grande Amiga Claudia Lavich, ontem minha orientadora de estágio de graduação na Educação Permanente no NEPES, minha inspiração durante a residência e hoje colega e principalmente minha companheira nesta jornada de fazer da Educação Permanente mais que uma partitura, fazer dela melodias... Muito obrigada pelas experiências, aprendizado proporcionado, companheirismo, trocas... e principalmente pelo carinho e amizade.

As amigas Keity, Caroline Matias, muito obrigada pelo companheirismo.

*“Se fosse ensinar a uma criança a beleza da música
não começaria com partituras, notas e pautas.
Ouviríamos juntas as melodias mais gostosas e lhe contaria
sobre os instrumentos que fazem a música.
Aí, encantada com a beleza da música, ela mesma me pediria
que lhe ensinasse o mistério daquelas bolinhas pretas escritas sobre cinco linhas.
Porque as bolinhas pretas e as cinco linhas são apenas ferramentas
para a produção da beleza musical. A experiência da beleza tem de vir antes”.*

(Rubem Alves, 2012, p.1)

RESUMO

Dissertação de Mestrado
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Universidade Federal de Santa Maria

AÇÕES DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE DESENVOLVIDAS POR EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE

AUTORA: MICHELE RADDATZ

ORIENTADORA: MARLENE GOMES TERRA

COORIENTADORA: ELISABETA ALBERTINA NIETSCHÉ

Data e Local da Defesa: Santa Maria, 30 de abril de 2014.

O Sistema Único de Saúde visa atender qualitativamente as necessidades de saúde da população brasileira. No entanto, para efetivar este atendimento, a Educação Permanente em Saúde, vem sendo utilizada como uma ferramenta essencial uma vez que permite articular a atenção, formação, gestão e controle social para o enfrentamento dos problemas dos diferentes níveis de atenção, entre eles a Atenção Básica em Saúde. Em virtude disto, esta pesquisa objetivou caracterizar os profissionais das equipes de Atenção Básica em Saúde; identificar as ações de EPS desenvolvidas por profissionais de equipes de Atenção Básica em Saúde; descrever as concepções de profissionais de equipes de Atenção Básica em Saúde sobre a EPS; identificar as percepções que os profissionais de equipes de Atenção Básica em Saúde possuem sobre as ações de EPS; analisar as possibilidades e limites do desenvolvimento da EPS nas equipes de Atenção Básica em Saúde. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, exploratória e descritiva realizada com os 19 profissionais de duas equipes de Estratégia Saúde da Família de um município do Rio Grande do Sul no período de março a maio de 2013. A produção de dados foi por meio de entrevista semiestruturada individual, gravada e transcrita. O corpus da pesquisa foi submetida a Análise de Conteúdo Temática. Os preceitos éticos foram respeitados conforme a Resolução N° 196/96 e 466/12. Pós-análise temática emergiram três categorias com suas respectivas subcategorias: Concepções dos profissionais acerca da Educação Permanente em Saúde; Ações de Educação Permanente em Saúde desenvolvidas pelas equipes e o desencadeamento de mudanças no cotidiano dos serviços; e, Possibilidades para o desenvolvimento da Educação Permanente em Saúde em equipe (Fatores potencializadores das ações de Educação Permanente em Saúde e limites para o desenvolvimento das ações de Educação Permanente em Saúde em equipe). A partir da análise dos dados evidenciou-se que os profissionais entendem a Educação Permanente em Saúde como Educação Continuada; as ações desenvolvidas são essencialmente de Educação Continuada exceto as reuniões de equipe e que estas acionam mudanças na realidade dos serviços; traz como fatores que dificultam o desenvolvimento de ações de Educação Permanente em Saúde principalmente a falta de Recursos Humanos, falta de motivação e incentivo, bem como falta de estrutura física e grande demanda levando a falta de tempo para o desenvolvimento de ações de educação. Espera-se que esses resultados contribuam para que as equipes possam potencializar as ações que já vem desenvolvendo em Educação Permanente em Saúde e para que a gestão bem como a formação contribua para que esta ferramenta seja utilizada como qualificador dos serviços em saúde.

Palavras-chave: Educação Continuada. Programa Saúde da Família. Política de Saúde. Enfermagem

ABSTRACT

Master's Dissertation
Graduate Program in Nursing
Federal University of Santa Maria

Shares of Continuing Education in Health developed by teams of Primary Health Care

Author: Michele Raddatz
Adviser: Marlene Gomes Terra
Co-supervisor: Elisabeta Albertina Nietsche
Date and Place of Defesa: Santa Maria, Santa Maria, April 30, 2014.

The Health System aims to qualitatively meet the health needs of the population. However, to accomplish this service, the Permanent Health Education, has been used as an essential tool since it allows joint attention, training, management and social control to face the problems of different levels of care, including the Attention Ladies in Health because of this, this research aims to characterize the professional teams of primary Health Care; identify actions EPS developed by professional teams of Primary Health Care; describe the concepts of professional teams from Primary Health Care on EPS; identify the perceptions that professional teams of Primary Health Care have over the actions of EPS; analyze the possibilities and limits of development of EPS in teams of Primary Care in Health. This is a qualitative, exploratory and descriptive survey of 19 professionals from two teams of the Family Health Strategy in a city in Rio Grande do Sul in the period March-May 2013. Production data was through interviews individual semi-structured, recorded and transcribed. The research corpus was subjected to qualitative analysis. The ethical principles were respected according to Resolution N° 196/96 and 466/12. After thematic analysis revealed three categories with their respective subcategories: Conceptions of professionals about the Permanent Health Education; Shares of Continuing Education in Health developed by the teams and triggering changes in everyday services; and Possibilities for the development of Continuing Education in Health team (Potentiating the actions of Continuing Education in Health and Limits for the development of actions of Continuing Education in Health Factors team). From the data analysis it became clear that professionals understand the Permanent Health Education and Continuing Education; actions developed are essentially excluding Continuing Education staff meetings and that these changes actually trigger the services; brings as a factor hampering the development of actions of Continuing Education in Health mainly the lack of human resources, lack of motivation and encouragement, as well as lack of physical infrastructure and high demand leading to lack of time for the development of education actions. It is hoped that these findings will contribute to that teams can potentiate the actions that have been developing for Continuing Education in Health and the management as well as training contributes to this tool is used as a qualifier of health services.

Keywords: Continuing Education. Family Health Program. Health Policies. Nursing.

LISTAS DE SIGLAS

AB - Atenção Básica
ABS - Atenção Básica em Saúde
ACS - Agente Comunitário de Saúde
CEP - Comissão Ensino e Pesquisa
CIES - Comissão Permanente de Integração Ensino- Serviço
CIT - Comissão Intergestores Tripartite
CNS - Conselho Nacional de Saúde
CRS - Coordenadoria Regional de Saúde
DAB - Departamento de Atenção Básica
DEGES - Departamento de Gestão da Educação na Saúde
DCNs - Diretrizes Curriculares Nacionais
EACS - Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde
EC - Educação Continuada
EP - Educação Permanente
ESF - Estratégia Saúde da Família
EPS - Educação Permanente em Saúde
GHC - Grupo Hospitalar Conceição
HUSM - Hospital Universitário de Santa Maria
INEP- Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira
ME - Ministério da Educação
MEC-Ministério da Educação e Cultura
MS - Ministério da Saúde
NEPeS - Núcleo de Educação Permanente em Saúde
NOB-Norma Operacional Básica
OMS - Organização Mundial da Saúde
PACS - Programa Agentes Comunitários em Saúde
PEFAS - Grupo Pesquisa Cuidado às Pessoas, Famílias e Sociedade
PNAB - Política Nacional de Atenção Básica
PNEPS - Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PROVAB- Programa Valorização Profissionais da Atenção Básica
QVT-Qualidade de Vida no Trabalho
RH-Recursos Humanos
PSF - Programa Saúde da Família
RIS - Residência Integrada em Saúde
SF - Saúde da Família
SGTES - Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SFC - Saúde da Família e Comunidade
SMS - Secretaria Municipal de Saúde
SSC - Serviço de Saúde Comunitária
SUS - Sistema Único de Saúde
TCC- Trabalho de Conclusão de Curso
TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS- Unidade Básica de Saúde
UFSM - Universidade Federal de Santa Maria

LISTA DE APÊNDICES

Apêndice A- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	74
Apêndice B- Roteiro para Entrevista Semiestruturada	76
Apêndice C-Termo de Confidencialidade	77

LISTA DE ANEXOS

Anexo A– Carta de Aprovação do Projeto de Pesquisa Emitida pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM.....	78
---	-----------

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	11
1 REVISÃO DE LITERATURA.....	18
1.1 SUS- A construção da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde em busca da consolidação do SUS.....	18
1.2 A ESF e EACS como modalidades de reorganização da Atenção Básica em Saúde e espaço de desenvolvimento de ações de EPS.....	22
2 CAMINHO METODOLÓGICO.....	26
2.1 Etapa de campo.....	27
2.1.1 Cenário da pesquisa.....	27
2.1.2 Participantes da pesquisa.....	28
2.1.3 Aproximação e ambientação com o cenário de pesquisa.....	29
2.1.4 Produção de dados.....	30
2.2 Análise, discussão e interpretação dos dados.....	31
2.3 Dimensão ética	32
3 ANÁLISE, DISCUSSÃO E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS.....	35
3.1 Caracterização dos profissionais e saúde.....	35
3.2 Concepções dos profissionais acerca da EPS.....	37
3.3 Ações de EPS desenvolvidas pelas equipes e o desencadeamento de mudanças no cotidiano dos serviços.....	41
3.4 Possibilidades para o desenvolvimento da EPS em equipe.....	46
3.4.1 Fatores potencializadores das ações de EPS na equipe.....	46
3.4.2 Limites para o desenvolvimento das ações de EPS em equipe.....	49
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	56
REFERÊNCIAS	63
APÊNDICES	74
ANEXOS.....	78

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi oficializado na Constituição Federal de 1988, sob o artigo 196-200 e vem sendo implementado ao longo dos anos para atender a demanda da população brasileira (BRASIL, 2010). Desde sua criação e regulamentação pela Lei Federal nº 8080 (BRASIL 1990) esse sistema vem sofrendo profundas mudanças especialmente pelas dificuldades relacionadas ao modelo das práticas de saúde. No entanto, estas não têm sido suficientes para alcançar o padrão de qualidade em saúde desejado (BRASIL, 2007).

O Ministério da Saúde (MS) e a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) expressam que as mudanças necessárias só irão ocorrer se estas acontecerem principalmente na formação e no desenvolvimento dos profissionais da área de saúde. Nesse sentido, a busca de uma maior qualidade no atendimento à população perpassa diretamente pelo modo de cuidar, tratar e acompanhar a saúde dos usuários e para isso é preciso também mudar a forma de ensinar e de aprender (BRASIL, 2005a).

Em consonância ao exposto, em 2001, o Ministério da Educação (ME) preocupado com a formação dos profissionais de saúde nessa lógica, homologa as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) para os Cursos de Graduação da área da saúde sinalizando que é essencial os profissionais deterem competências específicas para que possam prestar a atenção adequada e de qualidade à saúde e seus agravos. Menciona que para isso, estes necessitam desenvolver habilidades que os permitam tomar atitudes e decisões contextualizadas, bem como comunicar-se adequadamente tanto com os profissionais quanto público em geral. Coloca ainda que estes profissionais precisam saber liderar, administrar e gerenciar serviços e equipes, bem como desenvolver consciência de que é necessária a busca contínua do desenvolvimento dos mesmos por meio da Educação Permanente (EP) (BRASIL, 2001a).

Além disto, o Ministério da Saúde busca qualificar profissionais da área de saúde no atendimento à população por meio da EP entendida como

a realização do encontro entre o mundo de formação e o mundo do trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. Propõe-se, portanto, que os processos de qualificação 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 e tenham como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do

trabalho e sejam estruturados a partir da problematização da atuação e da gestão setorial em saúde (BRASIL, 2004b, p. 10).

As demandas pela EP devem advir, conforme Brasil (2004b, p.10) “dos problemas que acontecem no dia-a-dia do trabalho referentes à atenção à saúde e à organização do trabalho, considerando, sobretudo, a necessidade de realizar ações e serviços relevantes e de qualidade”. Portanto, é a partir da problematização do processo e da qualidade do trabalho, em cada serviço de saúde, que são identificadas as necessidades de qualificação das equipes, garantindo a aplicação das tecnologias pactuadas para o setor.

Pautado neste entendimento, o ingresso de profissionais de saúde nos serviços necessita estar pautado na busca e desenvolvimento contínuo da EP, desempenhando assim seu papel junto à instituição, baseado no desenvolvimento de competências em busca de um atendimento mais qualificado. Para que isso ocorra, é necessário, criar e ou sedimentar espaços para a interlocução dos cursos profissionais, dos serviços, gestores e, principalmente, usuários (HENRIQUES, 2005).

Os profissionais dos serviços, segundo o autor supracitado, necessitam sentir-se corresponsáveis pela formação dos futuros profissionais, assim como, os docentes precisam considerar-se parte dos serviços de saúde para a efetivação dos processos de ensino e aprendizagem. Pode-se neste contexto, evidenciar a importância da integração ensino-serviço, entendida aqui como um

trabalho coletivo, pactuado e integrado de estudantes e professores dos cursos de formação na área da saúde com trabalhadores que compõem as equipes dos serviços de saúde, incluindo-se os gestores, visando à qualidade de atenção à saúde individual e coletiva, à qualidade da formação profissional e ao desenvolvimento/ satisfação dos trabalhadores dos serviços (ALBUQUERQUE *et al.*, 2008, p.2).

O Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES), que integra a SGTES, propôs diante deste quadro a “adoção da educação permanente como a estratégia fundamental para a recomposição das práticas de formação, atenção, gestão, formulação de políticas e controle social no setor da saúde”, sendo esta aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) em 04 de setembro de 2003 e pactuada na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) em 18 de setembro de 2003 (BRASIL, 2004b, p. 7). Em seguida, a fim de operacionalizar a estratégia, é lançada a Resolução Nº 335 de 27 de novembro de 2003 que aprova a “Política Nacional de Formação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde” (BRASIL, 2004b, p. 42).

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) foi adotada, pelo Governo Federal em 2004 pela Portaria nº 198 de 13 de fevereiro, como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor (BRASIL, 2004a). Além disso, ela busca dimensionar a política pública nacional de descentralização e disseminação de capacidade pedagógica no Sistema com o intuito de aproximar os sujeitos “da formação, gestão, atenção e participação nesta área específica de saberes e de práticas, mediante as *intercessões* promovidas pela educação na saúde ‘(a educação *intercede* pela saúde, ofertando suas tecnologias construtivistas e de ensino-aprendizagem)’” (CECCIM, 2005a, p.976).

A PNEPS tem como objetivo propor um processo de EP para os trabalhadores, a partir das necessidades de saúde da população local para fortalecimento do SUS propiciando mudanças na formação, desde o nível técnico até a pós-graduação (BRASIL, 2004b).

O entendimento de que existem pontos de interseção entre a educação e a saúde é extremamente importante para que esta relação possa ser trabalhada tendo em vista algumas considerações sobre as práticas educativas. Sendo assim, educar não significa simplesmente transmitir ou então adquirir conhecimentos, mas compreender que existe no processo educativo um arcabouço de representações sociais e humanas que se deve formar (PEREIRA, 2003). Neste íterim, cabe lembrar que a PNEPS precisa considerar as especificidades regionais e, para tanto, necessita ser conduzida pelos colegiados de gestão Regional com participação das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES) (BRASIL, 2009).

As propostas inseridas pela PNEPS, trazidas pelo MS, pautam nos conhecimentos sobre a aprendizagem significativa e na pedagogia da problematização, tendo como principal autor Paulo Freire, educador que tinha como método a “pedagogia da libertação”, proposta de uma educação crítica à serviço da transformação social. Esse autor concebeu educação como reflexão sobre a realidade existencial uma vez que visava articular com a realidade as causas mais profundas dos acontecimentos vividos (BELLO, 1993).

A EP está pautada no ideário freireano e, por isso, constitui-se em um processo inacabado, como o ser humano, inserida no curso da história (ALVES, 2007). Esta é a perspectiva da PNEPS, a de que vivemos um processo de trabalho em constante mudança e, neste sentido, o conhecimento apresenta um devir constituinte de novos conceitos e,

conseqüentemente, outras práticas. Logo, a EP é um instrumento para a constante busca de conhecimento e aprimoramento do fazer em saúde.

Frente a esse cenário, a implementação da Educação Permanente em Saúde (EPS), no cotidiano dos profissionais de saúde configura-se não apenas como uma Política a ser implementada, mas como um instrumento de ação frente às mudanças que urgem ser realizadas no Sistema.

Assim, considerando-se a importância EPS de profissionais de saúde em Atenção Básica em Saúde (ABS), pesquisou-se o que há na produção do conhecimento¹. Das produções científicas analisadas cabe destacar que diversos estudos (MENDONÇA *et al.*, 2010; LIMA *et al.*, 2010; MACIEL *et al.*, 2010; MARTINS E MONTRONE, 2009; PELOSI E NUNES, 2009) apontaram diferentes formas de realização de cursos institucionais como meio de alcançar a viabilização da EPS na ABS. No entanto, não abordaram quais são as ações desenvolvidas em ou pela equipe local e, se estas realmente possuem caráter problematizador e articulador com os diferentes eixos de sustentação dos serviços (gestão, formação, assistência e controle social). Não se encontrou estudos que abordassem quais ações de EP são desenvolvidas em equipe, a partir das necessidades de saúde locais, nem quais as conseqüências das mesmas.

Considerando-se que uma das principais funções dos serviços de saúde é ser campo para a formação permanente e continuada de recursos humanos em saúde e desenvolvimento de tecnologias para consolidar o SUS e que a EPS é uma estratégia importantíssima para qualificar os serviços, é que **justifico** estudar esta temática.

A importância da EPS foi observada como estudante do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) e, posteriormente, como residente do Programa de Residência Integrada em Saúde (RIS) do Grupo Hospitalar Conceição (GHC) - Porto Alegre que buscava articular ensino-serviço como modo de efetivar a contínua formação de profissionais para o SUS. Acredita-se que a EPS e a integração ensino-serviço diante de toda a dimensão que comportam são ferramentas extremamente importantes para a contínua profissionalização dos indivíduos, bem como eixo estruturador de mudanças nas ações de saúde principalmente na busca pela qualificação dessas.

¹No primeiro semestre de 2012, foi desenvolvida uma busca bibliográfica nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS-BIREME): Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), utilizando os seguintes descritores: educação continuada e saúde.

Durante o transcorrer da graduação bem como na realização da RIS ocorreram inúmeras situações, nas quais, deparei-me com ações no campo da saúde que necessitavam de articulações de equipe multiprofissional em diferentes instâncias (gestão, formação, controle e assistência) em busca de soluções condizentes com os princípios e diretrizes do SUS e, por conseguinte com a PNEPS como sendo um pilar de desenvolvimento.

Também, durante a graduação desenvolvi parte do Estágio Supervisionado I e II no Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPS) do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) sob supervisão da coordenadora desse núcleo. Além disso, desenvolvi como Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) “A Produção Científica Brasileira sobre Educação Permanente e Educação Continuada na Enfermagem: um estudo bibliográfico” o qual mostrou insuficiente conhecimento ou utilização da PNEPS no desenvolvimento de ações de educação, bem como a escassa inferência da política como marco conceitual e teórico utilizado pelos autores dos artigos analisados. O TCC apontou principalmente a falta de conhecimento da política ou desinteresse em sua utilização como ferramenta de mudanças nos serviços, formação e gestão em saúde em busca de maior qualidade no atendimento.

Posteriormente, durante a RIS com ênfase em Saúde da Família e Comunidade (SFC), campo escolhido devido ao desenvolvimento no Estágio Supervisionado I e II, durante a graduação em uma Estratégia Saúde da Família (ESF) no Município de Santa Maria. Participei das ações de EPS do Serviço de Saúde Comunitária (SSC) do GHC, bem como desenvolvi o Estágio Optativo do programa na Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre na qual auxiliei a responsável pela EPS a fazer a articulação entre os projetos referentes o ano de 2012, das áreas técnicas de saúde, para o desenvolvimento integrado de ações nos diferentes níveis de atenção. E por fim, desenvolvi, ao final da RIS, uma pesquisa sobre a estrutura da EPS para os enfermeiros do SSC do GHC.

Atualmente, vinculada ao Grupo de Pesquisa Cuidado às Pessoas, Famílias e Sociedade (PEFAS) na Linha de Pesquisa Cuidado e Educação em Enfermagem e Saúde, tive incentivo para trabalhar o tema aqui, em Santa Maria, na ESF. Esta é uma estratégia de reorganização dos serviços de saúde da ABS a qual é desenvolvida por equipes multiprofissionais em um território definido (BRASIL, 2012a).

Diante do exposto, apresenta-se como **objeto de estudo:** ações de EPS dos integrantes de equipes de Atenção Básica em Saúde. E, como questão de pesquisa: quais são as ações de EPS desenvolvidas pelos integrantes de equipes de Atenção Básica em

Saúde que recebem estudantes do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSM? A fim de responder esta questão estabeleceu-se como **objetivos:**

- caracterizar os profissionais das equipes de Atenção Básica em Saúde;
- identificar as ações de EPS desenvolvidas por profissionais de equipes de Atenção Básica em Saúde;
- descrever as concepções de profissionais de equipes de Atenção Básica em Saúde sobre a EPS;
- identificar as percepções que os profissionais de equipes de Atenção Básica em Saúde possuem sobre as ações de EPS;
- analisar as possibilidades e limites do desenvolvimento da EPS nas equipes de Atenção Básica em Saúde.

Ressalta-se que se entende por ações de EPS, conforme pareceres técnicos dos projetos de EPS do MS, atividades relacionadas à educação dos integrantes das equipes de saúde (BRASIL, 2006a). Além disto, destaca-se a relevância das equipes a serem pesquisadas atuarem em campo utilizado para estágio do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSM, por esta ser uma instituição pública de grande porte que forma em torno de 50 enfermeiros por ano (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA, 2012a). Também, pela presença, relação e integração de professores da instituição de formação, profissionais em formação, profissionais dos serviços de saúde e comunidades possibilitam uma formação e desenvolvimento de profissionais de maneira descentralizada, ascendente e transdisciplinar, abarcando diferentes locais e saberes (BRASIL, 2005a).

Cabe destacar que esta pesquisa visou fornecer subsídios para contribuir com os profissionais e gestores desses serviços de saúde para qualificar a atenção à saúde. Ainda, pretende auxiliar o Curso de Graduação na elucidação e busca de um maior entendimento de quais ações de EPS ocorrem neste campo, quais suas potencialidades, dificuldades no desenvolvimento e, quais são as contribuições dos diferentes profissionais, dentre eles a enfermagem, frente às demandas educacionais e de formação preconizadas pela PNEPS a partir da integração ensino-serviço.

No que concerne especificamente à enfermagem, esta pesquisa buscou elementos para potencializar as relações entre enfermeiros, docentes e assistenciais para que haja maior compartilhamento de saberes qualificando os serviços e formação de recursos humanos. Além disto, torna-se importante, pois, ao elucidar a concepção dos integrantes de equipes de Atenção Básica em Saúde sobre a EPS e identificar suas ações bem como suas

potencialidades e dificuldades frente a ela, poder-se-á fomentar e instrumentalizar a gestão municipal, a assistência, controle social, bem como as instituições de ensino a discutir, planejar e desenvolver estratégias de implementação de mudanças e reforçar ações de que tanto necessitam a maioria dos serviços de saúde.

1 REVISÃO DE LITERATURA

Neste tópico são apresentados os principais conceitos no que se refere à PNEPS bem como o processo de consolidação da ESF como modalidade de reorganização da ABS e espaço de ações de EPS.

1.1 A construção da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde em busca da consolidação do SUS

O SUS pode ser considerado uma das maiores conquistas sociais e de inclusão implementadas e amparadas por um conceito ampliado de saúde na Constituição Federal Brasileira de 1988 (BRASIL, 2010). Ele constitui um projeto social único que se materializa por meio de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde dos cidadãos brasileiros que abrange desde o atendimento ambulatorial até o transplante de órgãos, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a população.

A responsabilidade constitucional do SUS também se configura quanto ao dever de ordenar a formação contínua e permanente de recursos humanos para a área de saúde e de incrementar, na sua área de atuação, o desenvolvimento científico e tecnológico. A Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990 do Ministério da Saúde aborda que os serviços públicos que integram o SUS devem constituir campo de prática para o ensino e a pesquisa em saúde, mediante normas específicas, elaboradas conjuntamente com os sistemas educacionais (BRASIL, 1990). Assim, fica evidente que o SUS contempla amplamente a formação de recursos humanos, bem como, programas de formação permanente, alavancando a premissa de que estes caminhos levam à qualificação dos serviços oferecidos à população.

A EP, principal pilar da PNEPS, é conceituada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como sendo um processo dinâmico de ensino e aprendizagem, contínuo, propício para melhorar a capacitação de profissionais devido à evolução tecnológica, e necessidades sociais bem como objetivos e metas institucionais. Ela também é entendida como sendo um processo de aprendizagem no trabalho, que ocorre a partir da reflexão sobre o processo de trabalho ao enunciar problemas e necessidades de natureza pedagógica (OMS, 1978).

O conceito de EP pode ser entendido ainda como um contínuo processo de ações de trabalho e aprendizagem que ocorre em um espaço de trabalho/produção/educação em

saúde, que parte de uma situação problema e se dirige a superá-la, a mudá-la, a transformá-la em uma situação diferente e resolvê-la, conforme contribui Haddad, Roschke e Davini (1994).

Ceccim (2005b) frisa que a EP pode corresponder à Educação em Serviço, quando submetido a um projeto de mudanças institucionais ou de mudança da orientação política das ações prestadas em um dado tempo e lugar. A escolha da terminologia educação permanente, pelo MS, é justificada uma vez que se pretende integrar diversas abordagens (MASSAROLI; SAUPE, 2008). Neste sentido ela abriga a educação em serviço, a compreensão no âmbito da formação técnica, da graduação e da pós-graduação; a organização do trabalho; a interação com as redes de gestão e de serviços de saúde, além do controle social no setor.

A EPS passa assim a ser chamada uma vez que passou a ser uma Política Pública formulada para alcançar o desenvolvimento dos sistemas de saúde. É reconhecido que só será possível encontrar profissionais que se moldem as constantes mudanças ocorridas nos complexos sistemas de saúde por meio da aprendizagem significativa, que utiliza o conhecimento já fundamentado para construir o novo, considerando as transformações necessárias (VICENT, 2007). Nessa perspectiva, a PNEPS é compreendida como uma atualização cotidiana das práticas, seguindo os novos aportes teóricos, metodológicos, científicos e tecnológicos, que contribui para a construção de relações e processos incluindo práticas interinstitucionais e intersetoriais.

Desta maneira, a EP constitui-se em um processo educativo que ocorre no âmbito do pensar e do fazer no trabalho. Ela apresenta como desafio o fato da busca do estímulo para o desenvolvimento dos profissionais pautados em um contexto de responsabilidades e necessidades de atualização. A EP é um processo compreendido como de reflexão e, a partir de ciclos de mudanças e transformações, pautados no serviço, no trabalho, no cuidado, inerente ao profissional da saúde, na educação e na qualidade da assistência.

A articulação entre teoria e prática são extremamente importantes uma vez que teoria e a prática interagem e se completam (RICALDONI; SENA, 2006). Em virtude disso, a teoria necessita da prática para ser real e esta por sua vez, faz uso da teoria para continuar inovadora, e é por meio dessa interação e articulação que ocorre a transformação do sujeito, fazendo-o aprender e interagir com o mundo (RICALDONI; SENA, 2006).

A EP, inserida no contexto dos profissionais precisa constituir parte do pensar e do fazer dos trabalhadores em saúde, com a finalidade de propiciar o crescimento pessoal e

profissional dos mesmos, contribuindo para a organização do processo de trabalho, através de etapas que possam problematizar a realidade e produzir mudanças mundo (RICALDONI; SENA, 2006). Neste sentido, para as autoras supracitadas, pensar em propostas inovadoras de EP supõe um desafio de gerenciar experiências de aprendizagem que interessem as pessoas envolvidas a construção dos conhecimentos.

Diante deste quadro, o papel da EP em relação à integração ensino-serviço, necessita ser compreendido como estratégica para a organização do processo de trabalho na saúde e, principalmente na enfermagem. Essa precisa estar em articulação com as demais práticas de enfermagem e setores da instituição. A EP deve sustentar-se nos conceitos e metodologia crítica e reflexiva e esse processo implica, principalmente, em reconhecer que as práticas rotineiras, descontextualizadas dos reais problemas, dificilmente permitirão o desenvolvimento da capacidade de reflexão e neste sentido, de construção de ações em busca de soluções (BRIONES, 1999).

A PNEPS do MS, implementada em 2004 compõe um rol de programas criados com o objetivo de melhorar a formação em saúde tanto de profissionais quanto de estudantes na área da saúde e, dessa forma, buscar consolidar o SUS. Apesar de essas tentativas terem sido pontuais, elas articularam algumas mudanças na formação de indivíduos e na prática de cuidados. No entanto, o mais importante talvez seja o fato de ter evidenciado que é preciso buscar mudanças em relação às práticas educativas e ações nos serviços de saúde e no sistema em geral, configurando assim a importância da integração ensino-serviço (BRASIL, 2004a).

Diante deste contexto, o MS pela Portaria Nº 198/GM/MS em 13 de fevereiro de 2004 instituiu a PNEPS como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor da saúde (BRASIL, 2004a). A proposta de EPS busca uma ação estratégica para contribuir para a reconfiguração dos processos de formação, bem como das práticas pedagógicas e de saúde para a organização dos serviços, buscando implementar conexões entre sistema de saúde, as esferas de gestão e controle social, bem como com as instituições formadoras. Esta proposta visa integrar o desenvolvimento individual e institucional, ou seja, articular serviços e gestão setorial, atenção e controle social, visando a efetiva implementação dos princípios e das diretrizes constitucionais abarcadas pelo SUS.

Atualmente, não é possível pensar a interface ensino e trabalho sem remeter-se à EP. É preciso contextualizar a integração ensino-serviço neste movimento em que

profissionais de saúde, docentes e estudantes precisam estar inseridos nas estratégias de EP, tendo em vista melhorar a formação e fortalecer o SUS (ALBUQUERQUE *et al.*, 2008).

A proposta de EP, assim, parte do pressuposto da aprendizagem significativa que promove e produz sentidos. Sugere que a transformação das práticas profissionais esteja embasada na reflexão crítica sobre as práticas reais em ação na rede de serviços. A EP é a realização do encontro entre o mundo de formação e o do trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho; visa à formação e desenvolvimento de modo a construir e dividir conhecimentos de maneira descentralizada, ascendente e transdisciplinar revelando a importância do trabalho em equipe (BRASIL, 2005a). Com isso, a problematização, reflexão sobre determinadas situações, questionando fatos, fenômenos e ideias, compreendendo os processos e propondo soluções são, portanto, o foco deste processo na busca de qualidade nos serviços de saúde onde são identificadas necessidades de qualificação.

A Portaria GM/MS nº 1.996 de 20 de agosto de 2007 traz novas diretrizes e estratégias para a implementação da PNEPS, pois reafirma e destaca os princípios da EPS como norteadores para a construção dos Planos Regionais de EPS e das ações educativas na saúde e assim, reitera a compreensão e tratamento da gestão da educação na saúde formação e desenvolvimento (BRASIL, 2007). Neste sentido, por meio do DEGES e da SGTES, elaborou orientações e diretrizes para assegurar a EP dos trabalhadores para o SUS abrangendo uma política de formação e desenvolvimento no âmbito nacional, estadual, regional, e municipal, considerando o conceito de EPS (BRASIL, 2005a) por meio das CIES.

Estas comissões visam articular políticas e projetos, a fim de modificar o tradicional meio de Educação Continuada (EC), muito utilizada no setor da Saúde a qual se caracteriza por representar uma continuidade do modelo escolar, centralizado na atualização baseado na transmissão, especializados, produzindo distância entre a prática e o saber. Ainda, a desconexão do saber como solução dos problemas da prática; estratégia descontínua de capacitação sem sequência e centrada em categorias profissionais (BRASIL, 2005a).

Assim, a EP representa uma importante mudança na concepção e nas práticas uma vez que ela supõe inverter a lógica do processo incorporando o ensino e o aprendizado à vida cotidiana das organizações e às práticas sociais e laborais, modificando as estratégias

educativas, problematizando o próprio fazer; tornando os profissionais construtores do conhecimento e de alternativas de ação, trabalhando em equipe. A proposta da EP vai ao encontro dos propósitos da integração ensino-serviço, na democratização dos espaços de trabalho, no desenvolvimento da capacidade de aprender e de ensinar de todos os atores envolvidos, na busca de soluções criativas para os problemas encontrados, o desenvolvimento do trabalho em equipe e a melhoria permanente da qualidade do cuidado à saúde (BRASIL, 2005a).

1.2 A ESF e EACS como modalidades de reorganização da Atenção Básica em Saúde e espaço de desenvolvimento de ações de EPS.

No que concerne a ABS, ela é um dos principais níveis de atenção sendo a unidade fundamental do SUS. Em prol desta atenção a Portaria N° 648 GM/2006 e mais recentemente a N° 2.488 de 21 de outubro de 2011, que aprovam a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabeleceram a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica (BRASIL, 2007; 2012a). Esta mesma portaria traz parâmetros para Programas como o da Saúde da Família (PSF) considerada uma estratégia de organização da rede desde 1994, atualmente conhecida como ESF e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (NARVAI, 2005).

As referidas portarias definem Atenção Básica (AB) como um rol de ações de saúde desenvolvidas individualmente e coletivamente com intuito de promover e proteger a saúde, bem como prevenir agravos. Faz parte também o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e, ainda a manutenção da saúde por meio de uma atenção integral que tenha impacto na saúde e autonomia das pessoas, bem como nos determinantes de saúde (BRASIL, 2012a). Estes cuidados precisam ser desenvolvidos por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e principalmente participativas, baseadas no trabalho em equipe, direcionadas a populações de territórios delimitados, pelas quais o serviço assume a responsabilidade sanitária, considerando toda a dinâmica existente no território.

Devido a necessidade de atender as demandas de saúde, a ABS “utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território” (BRASIL, 2007, p.13), “observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda,

necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos” (BRASIL, 2012a, p.19). A referida ABS necessita ser primariamente orientada por princípios da universalidade, da acessibilidade, clínica ampliada, vínculo e longitudinalidade, integralidade, responsabilização pelo cuidado, humanização, equidade e participação social (BRASIL, 2007).

Para efetivar estes princípios, a ABS fundamenta-se em diretrizes que contemplam: o planejamento, programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais a partir da adscrição de território; o acesso universal e contínuo, com ênfase no acolhimento. Também tem como base a criação de vínculo, longitudinalidade do cuidado e conseqüentemente corresponsabilização pela atenção; a coordenação da integralidade por meio de desenvolvimento de ações programáticas e atendimento à demanda, promoção e prevenção, tratamento e reabilitação e por fim o estímulo a participação dos usuários (BRASIL, 2012a).

No que tange as funções da ABS, estas incluem ser base da rede de atenção à saúde pautada na descentralização e alto grau de capilaridade; ser resolutiva o que implica em identificar riscos, necessidades e demandas de saúde por meio de tecnologias de cuidado individual e coletivo; coordenar o cuidado por meio de projetos terapêuticos singulares, organização e acompanhamento dos fluxos dos usuários na rede, responsabilização pelo cuidado e, ordenação de redes o que pressupõe o conhecimento das necessidades de saúde dos usuários (BRASIL, 2012a). Para contemplar a complexidade destas demandas a ESF, que compõe a porta principal de entrada da ABS, é apresentada como estratégia de reorientação do modelo assistencial de acordo com os preceitos do SUS, que busca por meio da implantação de equipes multiprofissionais em Unidades Básicas de Saúde (UBS), a responsabilização destas pelo acompanhamento das famílias, atuando na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde das comunidades (BRASIL, 2012d).

Assim, ao buscar reordenar o modelo de atenção no SUS, a ESF visa efetivar os princípios, diretrizes e funções da ABS, além de fomentar maior racionalidade na utilização da rede de maior qualidade de vida da população. Nesse sentido, a ESF é vista pelo MS e gestores como uma estratégia de ampliação, qualificação e concretização da AB por facilitar a reorientação do processo de trabalho a fim de potencializar os princípios, diretrizes e fundamentos da mesma, buscar a resolubilidade e impacto na saúde dos usuários (BRASIL, 2012a).

O trabalho em equipe na ESF é essencial para a permanente busca de qualificação do cuidado prestado. Por isso, esta é composta por equipe multiprofissional, tendo no mínimo, um médico generalista ou especialista da área da Saúde da Família e Comunidade, enfermeiro generalista ou especialista na mesma área acima descrita, mais auxiliar ou técnico de enfermagem e Agente Comunitário de Saúde (ACS). Pode fazer parte desta equipe, profissionais de saúde bucal como o cirurgião-dentista generalista ou especialista em SF e auxiliar e ou técnico em saúde bucal (BRASIL, 2012a).

Ainda, podem ser agregados demais profissionais de acordo com a realidade epidemiológica, institucional e necessidades de saúde da população adscrita. Cada equipe de ESF é responsável por no máximo, 4.000 usuários, sendo a média recomendada de 3.000 podendo ainda, segundo critérios de equidade e grau de vulnerabilidade das famílias do território, ser menor. Quanto ao número de ACS, este “deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família, não ultrapassando o limite máximo recomendado de pessoas por equipe” (BRASIL, 2012a, p. 57).

Em busca de melhorias há o redirecionamento do modelo de AB em busca da transformação permanente dos serviços e conseqüentemente do processo de trabalho das equipes fazendo com que trabalhadores, gestores e usuários desenvolvam maior capacidade de análise, intervenção e autonomia para o estabelecimento de novas práticas e menor dicotomia entre concepção e execução do cuidado (BRASIL, 2012a). Sendo assim, a EP precisa ser observada para além da sua dimensão pedagógica e ser vista como uma importante “estratégia de gestão”, com grande potencial para gerar mudanças no cotidiano da atenção, bem como em sua “micropolítica”, a fim de gerar efeitos concretos nas ações de saúde desenvolvidas para a vida dos usuários, e como um processo que se dá “no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho” (BRASIL, 2012a).

É importante que as equipes de saúde entendam que a EP necessita pautar-se em um processo pedagógico que tenha como base a problematização dos seus serviços e desafios enfrentados no cotidiano da atenção e que sejam utilizados elementos que façam sentido aos trabalhadores envolvidos, abarcando a aprendizagem significativa (BRASIL, 2012a). Assim, espera-se que as equipes de cada unidade em seus municípios necessitem, proponham e desenvolvam ações de EPS a fim de unir as necessidades e possibilidades para poderem desenvolver propostas de ações de EPS. Destaca-se que é importante, o

município, adequar as ofertas de EPS com o momento e contexto em que as equipes se encontram para que tenham sentido e efetividade (BRASIL, 2012a).

As demandas de educação devem surgir no interior de cada equipe a partir do fazer dos integrantes e das necessidades de saúde de sua população. No que concerne a Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS), esta é uma possibilidade para a reorganização inicial da ABS. Trata-se de uma forma de agregar os ACS às unidades de saúde (BRASIL, 2012a). Para sua implantação é preciso ter como referência uma UBS e a equipe ser composta por até 12 ACS, tendo um mínimo de 04, e um enfermeiro supervisor.

O enfermeiro que integra a equipe de EACS, além de desenvolver todas as atribuições referentes ao enfermeiro de ESF, necessita ainda promover a relação e interação entre os profissionais da Unidade Básica de Saúde e os ACS. Esse profissional possui competência necessária para colaborar para a organização da atenção como a qualificação do acesso, acolhimento, criação de vínculo, atenção a longitudinalidade bem como a orientação os profissionais como equipe a fim de alcançar as prioridades definidas conforme critérios de necessidades de saúde, vulnerabilidade e risco (BRASIL, 2012a). Com isso, as equipes de EACS possuem papel importante frente ao desenvolvimento da EP, tanto na sua própria equipe quanto naquela a que está vinculada.

2 CAMINHO METODOLÓGICO

A metodologia compreende o caminho seguido tendo em vista o objeto de pesquisa. Para tanto, buscando atingir os objetivos propostos foi utilizado a abordagem qualitativa, de caráter exploratório-descritiva.

A pesquisa qualitativa tem relação com o fato desta se preocupar com a realidade, com significados, motivos, crenças além de valores e atitudes. Também, por ser a mais adequada a ser aplicada a estudos históricos, de relações, percepções, opiniões e produtos de interpretações que os sujeitos fazem a respeito de como vivem, constroem relações e a si mesmos, como sentem e pensam. Este tipo de abordagem é a ideal para investigação de grupos delimitados, de histórias sociais sob a ótica dos próprios sujeitos (MINAYO, 2010).

Reforçando o caráter singular da pesquisa qualitativa, neste tipo não se pretende estudar o fenômeno em si, mas sim compreender o que ele significa para o indivíduo ou grupo uma vez que o significado possui função estruturante, pois é papel desta que as pessoas vivem. Assim, esta abordagem propicia conhecer profundamente as vivências das pessoas acerca de um fenômeno e, também quais as experiências que têm destas (TURATO, 2005).

No que tange ser exploratória, foi em decorrência de obter uma visão mais abrangente acerca do fato, criar uma familiaridade em relação ao fenômeno, bem como desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias o que permite a formulação de problemas precisos ou hipóteses para novos estudos. Além disto, possibilita entrevistar sujeitos que vivenciaram experiências práticas com o problema pesquisado; e, realizam análise dos achados que venham a estimular a compreensão (GIL, 2010).

Em relação a ser descritiva é importante salientar que ela prima pela descrição de características de determinada população ou fenômeno. Pode também estar direcionada a busca de opiniões de populações. Também, realiza levantamento de características conhecidas e observações do problema escolhido (GIL, 2010).

Diante do exposto, sendo uma pesquisa qualitativa, exploratória e descritiva foi possível descrever as percepções dos integrantes de equipes de Atenção Básica em Saúde acerca das ações de EPS que desenvolvem em equipe.

2.1 Etapa de campo

2.1.1 Cenário da pesquisa

O cenário da pesquisa, escolhido intencionalmente, foram a UBS Urlândia e São José e por serem duas equipes de saúde cada unidade, serem campo de aulas práticas e de estágio do Curso de Graduação de Enfermagem da UFSM e por, no período em que foi desenvolvida a coleta de dados, não serem campo de outras coletas de dados simultâneas, a fim de não sobrecarregar os integrantes. As duas Unidades de Saúde estão localizadas na área urbana no município de Santa Maria, Rio Grande do Sul.

O município de Santa Maria pertence à 4ª Coordenadoria Regional de Saúde (4ª CRS) que possui 33 municípios (com um total de 537.745 habitantes), sendo que destes 22 possuem ESF implantados até o ano de 2011 (RIO GRANDE DO SUL, 2012). O município possui 261.031 habitantes e até agosto de 2012 registra-se 32 UBS, estando 43,77% da população coberta por ESF. A implantação da ESF no município ocorreu no primeiro semestre de 2004, dez anos após a implantação do Programa pelo MS, inicialmente com nove equipes: São José, Roberto Binato com duas equipes de ESF e Vila Maringá, Victor Hoffmann, Alto da Boa Vista, Pains, Arroio do Só e Santo Antônio com uma equipe (SANTA MARIA, 2004). Já no que concerne a cobertura populacional referente às equipes de SF, com informações referentes a agosto de 2012, apontam um percentual de 21,04%, sendo que em 2005 já foi de 21,38% (BRASIL, 2012b).

O município conta atualmente com 13 equipes de Saúde da Família (SF) pelo Departamento de Atenção Básica (DAB) do MS (BRASIL, 2012e), no entanto, existem 14 unidades de ESF, dados referentes a setembro de 2012 (SANTA MARIA, 2012). Destas unidades cinco recebem alunos do Curso de Enfermagem da UFSM, são elas a ESF Urlândia, São José, Alto da Boa Vista, Walter Aita, Lúcia e ESF Maringá (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA, 2012b). No que concerne à cobertura populacional dos ACS, informações referentes a agosto de 2012, correspondem a 22,13%, salienta-se que esta já foi maior em 2006, quando a cobertura era de 28,53% (BRASIL, 2012c).

Cabe destacar que o município passa por um momento de estruturação das UBS devido à recomposição das equipes de ESF e EACS devido ao último concurso realizado (2011), o que resulta em equipes com composição recente. Este fato é relevante, pois equipes antigas tendem a apresentar maior estabilidade de seus integrantes, uma vez que a

rotatividade destes, segundo pesquisa realizada pela FIOCRUZ e Ministério da Saúde (BRASIL, 2005b) é um problema da ESF, pois interfere no desenvolvimento dos serviços, criação de vínculo e longitudinalidade no cuidado.

2.1.2 Participantes da pesquisa

Os participantes desta pesquisa são os integrantes das equipes de ESF Urlândia e São José, que compõem a ABS. A escolha destas unidades foi intencional, no entanto os sujeitos das mesmas foram todos convidados uma vez que a seleção decorre, sobretudo, da preocupação de que contenha e espelhe certas dimensões do contexto (MINAYO, 2010). Para tanto, buscou-se a representação mínima de cada categoria profissional concursada que compõe as equipes das referidas ESF.

Sendo assim, foram convidados formalmente os enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, bem como médicos, odontólogos, Técnico de Higiene Dental e ACS. Justifica-se a inclusão destes profissionais por serem todos atores de um mesmo cenário de desenvolvimento de ações formadoras. Na pesquisa em questão, privilegiou-se, portanto, os integrantes de duas unidades de saúde que foram os desencadeadores do objeto que se pretendeu identificar, ou seja, as ações de EPS.

Com isso, participaram da pesquisa 19 integrantes, havendo saturação dos achados, o que vai ao encontro de estudos semelhantes (MOLINER, 2011; AZIM, 2011) em que o fechamento das coletas aconteceu por redundância de informações (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008). Estas ocorrem quando “temas comuns começam a aparecer, e progressivamente sente-se uma confiança crescente na compreensão emergente do fenômeno” (GASKELL, 2005, p.71), uma vez que a pesquisa qualitativa busca compreender o aprofundamento, a abrangência e a diversidade de compreensão sendo uma amostra satisfatória aquela que reflete as múltiplas dimensões do objeto em estudo de forma totalizada (MINAYO, 2010).

Para tanto, foi realizado um sorteio entre as duas ESF para iniciar a produção de dados. Foi entrevistado um participante da unidade sorteada e, em um segundo momento um participante da outra unidade e, assim sucessivamente até a saturação dos dados, preservando o mínimo de seis integrantes por equipe e um representante de cada profissão. Os profissionais quando concordaram em participar da pesquisa foram solicitados a

assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A) em duas vias sendo que uma ficou com a pesquisadora.

Como critério de inclusão considerou-se todos os integrantes efetivos e vinculados as unidades escolhidas no período da coleta de dados. E, como critérios de exclusão os profissionais que estavam em licença para tratamento à saúde ou em férias no período da coleta de dados. Sinalizo que em uma das unidades a equipe encontrava-se incompleta.

2.1.3 Aproximação e ambientação com o cenário de pesquisa

A inserção no cenário da pesquisadora ocorreu desde a construção do projeto da pesquisa, em que, esta se direcionou ao Núcleo de Educação Permanente e Saúde (NEPeS) da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Santa Maria primeiramente para apresentar a proposta de projeto e discutir com os representantes do núcleo a necessidade e importância deste estudo, as possibilidades de escolha de campos de desenvolvimento, bem como, para compartilhar algumas dúvidas e realizar alguns ajustes acerca dos sujeitos pesquisados. Com o objetivo de sensibilizar as equipes, foi apresentada a proposta de pesquisa, sua relevância no que concerne a interação entre os profissionais, melhor qualidade da assistência e formação, explicando a forma de participação dos mesmos.

Nesta perspectiva, no que se referiu à coleta de dados junto aos profissionais das unidades Urlândia e São José, foi realizado um convite formal em reunião de equipe. Em seguida foi realizada a combinação da forma de contato daqueles que demonstraram interesse em participar, bem como os possíveis dias e horários disponíveis de cada um para a realização da entrevista.

Iniciou-se a ambientação mais diretamente alguns dias antes do início das coletas de dados junto aos profissionais, momento no qual a pesquisadora pode reencontrar os profissionais da equipe e acompanhar o trabalho da mesma. No primeiro instante buscou-se observar e compreender como ocorria o processo de trabalho da equipe; na seqüência, as relações interpessoais nesse processo e suas implicações frente aos usuários.

Neste cotidiano de trabalho, foi-se dialogando com os profissionais sobre a pesquisa em desenvolvimento, a fim de deixá-los mais a vontade tanto em relação a pesquisadora quanto ao tema e objetivos. Para tanto, buscou-se estar presente nos momentos de reunião de equipe, bem como nos de discussão de processos de trabalho.

Essa vivência como pesquisadora possibilitou compartilhar perceber os problemas que influenciam no processo de trabalho e, conseqüentemente no desenvolvimento da EPS em equipe, que, no entanto poderiam servir como pontos de discussão e problematização. Percebeu-se, assim, que na etapa de ambientação há a necessidade de um movimento mediado pela subjetividade, onde se busca os significados do silêncio, da fala, do dito e do não dito, procura-se respeitá-los e exercita-se a escuta (PADOIN; SOUZA, 2008). Nesta perspectiva, buscou-se exercitar esse movimento e reconhecer o outro como um ser único, singular, mas também influenciado pelo meio social e cultural em que se encontra.

2.1.4 Produção de dados

A produção de dados ocorreu de março a maio de 2013, com os profissionais das ESF, por meio de entrevista semiestruturada conduzida por um roteiro pré-estabelecido (APÊNDICE B), registradas por meio de um gravador, em áudio MP3. As entrevistas foram realizadas individualmente nas salas dos próprios profissionais nas unidades de saúde, buscando que o ambiente lhe fosse familiar e mantivesse a privacidade. No caso, em que os profissionais não tinham uma sala própria, as entrevistas foram realizadas naquelas que estavam disponíveis no momento.

Para tanto, a pesquisadora conversou com os profissionais a fim de combinar um horário em que eles estivessem disponíveis para a entrevista. No entanto, quando o profissional era solicitado para atender a demanda relacionada ao seu trabalho, a pesquisadora aguardava a sua disponibilidade em participar. O tempo não foi delimitado e aconteceu conforme a disposição dos profissionais. Posteriormente, as entrevistas foram transcritas na íntegra pela pesquisadora.

As entrevistas como fontes de informações fornecem dados de duas naturezas: objetivos e subjetivos. O primeiro, está relacionado principalmente a caracterização socioeconômica dos participantes. O segundo trata da reflexão do próprio participante a respeito de sua realidade evidenciando as suas ideias, crenças, opiniões, maneiras de pensar, bem como de agir e atuar, seus sentimentos e condutas (MINAYO, 2010; GASKELL, 2005).

Nesta pesquisa, o profissional teve a “possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada” (MINAYO, 2010, p. 261-262). A entrevista permitiu, portanto, que o profissional pudesse realizar reflexões a partir da e

sobre a realidade (subjetividade), assim como, constituísse uma representação dessa uma vez que a EPS está pautada em necessidades que emergem do cotidiano de trabalho da equipe. Isto possibilitou a pesquisadora, uma melhor compreensão das relações entre os profissionais e sua realidade, bem como do contexto em que acontece a EPS nessas equipes.

2.2 Análise, discussão e interpretação dos dados

Para análise dos dados foi utilizada a de conteúdo, pois esta permite tornar replicáveis e válidas as inferências sobre informações de um determinado contexto. Desse modo, a análise de conteúdo envolve um conjunto de técnicas que visam analisar as comunicações por meio de procedimentos que sejam sistemáticos e objetivos a fim de descrever o conteúdo das mensagens que possibilite inferências de conhecimentos relacionados a elas. Além disto, preocupa-se em "conhecer aquilo que está por trás das palavras" considerando "as significações (conteúdo) e, eventualmente a sua forma, bem como a distribuição" (BARDIN, 2009, p. 45).

Dentre as modalidades de análise de conteúdo utilizou-se a Temática que utiliza a noção de tema, pois ela "está ligada a afirmação a respeito de determinado assunto" (MINAYO, 2010, p. 315). Essa análise consiste em "descobrir os núcleos de sentido que compõe a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição podem significar alguma coisa para o objectivo analítico escolhido" (BARDIN, 2009, p. 131).

A Análise de Conteúdo Temática é a expressão mais comumente usada para representar o tratamento dos dados de uma pesquisa qualitativa. Apesar do termo utilizado para referenciar o método de análise, este não é um procedimento técnico e sim uma forma histórica de busca teórica e prática no campo das investigações sociais que tem como objetivo descobrir os núcleos de sentido de uma comunicação (MINAYO, 2010).

Operacionalmente, Minayo (2010), a análise temática consta de três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos com interpretação.

A primeira etapa, **pré-análise**, consiste na organização que corresponde a sistematização das ideias iniciais a partir da questão norteadora e dos objetivos iniciais da pesquisa. Esta etapa ocorre em três fases: leitura flutuante, a constituição do corpus e formulação e reformulação de hipóteses.

A *leitura flutuante* foi o primeiro contato da pesquisadora após a transcrição das

entrevistas em forma de texto o que a possibilitou ter as primeiras impressões e orientações acerca do objeto de estudo. Na seqüência, para facilitar a leitura buscou-se suprimir no corpo do texto palavras que se repetiam como “né”, “sabe!”, “aham”, “hum!”, sem modificar o sentido da frase. Após, deixou-se impregnar por suas informações e, a partir destas sinalizando as primeiras convergências contidas em seu conteúdo.

A constituição do ‘*corpus de dados*’ para Minayo (2010) ou a *escolha de documentos*, segundo Bardin (2009), segunda fase, acontece após a leitura, na qual a escolha do que analisar no documento, delimitação do material analisado, dependerá do objeto e dos objetivos propostos. Para isto, a pesquisadora buscou realizar leituras mais precisas do texto tendo como parâmetro as indagações iniciais que a levou ao desenvolvimento desta pesquisa.

Na segunda etapa, **exploração do material**, consiste “em operações de codificação, decomposição ou enumeração, em função de regras previamente formuladas” (BARDIN, 2009, p.127). Esta etapa, portanto, visou alcançar a compreensão do texto, ou seja, chegar a sua essência. Para tanto, a pesquisadora fundamentada em Minayo (2010) buscou as unidades de contexto significativos, ou seja, palavras, locuções ou frases, que foram sendo sinalizadas com canetas marca texto de diferentes cores sendo que cada uma destacou os diferentes núcleos de compreensão do texto. A partir do contexto dos núcleos formou-se os temas que após formaram as categorias temáticas. Esta etapa foi considerada pela pesquisadora a mais longa, exaustiva, pois foi necessário retornar constantemente as entrevistas e a fundamentação metodológica.

Por fim, a última etapa foi **tratamento dos resultados** que aconteceu quando a pesquisadora realizou as interpretações e discussões das categorias e subcategorias oriundas do material conforme a literatura existente sobre os temas relacionados.

2.3 Dimensão Ética

É importante sinalizar que para o desenvolvimento da presente investigação foi fundamental estabelecer contato com o NEPeS da SMS de Santa Maria a fim de solicitar autorização para realizar a pesquisa com os integrantes das equipes de saúde das UBS Urlândia e São José. Para tanto, a pesquisadora apresentou a proposta da pesquisa com vistas a realização de possíveis correções no projeto, bem como averiguar a viabilidade de desenvolvê-lo naqueles cenários.

Com a carta de aceite emitida pelo NEPeS, a pesquisadora começou os trâmites de registro do projeto que ocorreu inicialmente no Gabinete de Projetos do Centro de Ciências da Saúde da UFSM e, posteriormente na Plataforma Brasil para ser analisado e emitido o parecer dos membros do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) com Seres Humanos. O protocolo do projeto de pesquisa observou os princípios e diretrizes da Resolução Nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde/CNS (BRASIL, 1996), e da Resolução Nº 466 a qual foi aprovada em dezembro de 2012 (BRASIL, 2013a), ambas referem-se as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Sendo assim, o protocolo do projeto de pesquisa foi Aprovado sob o Nº 12565113.3.00005346 (ANEXO A).

Na seqüência, a pesquisadora entrou em campo e aproximou-se dos prováveis participantes. Para tanto, nas reuniões de equipe foi sinalizado que o projeto de pesquisa havia sido aprovado pelo CEP/UFSM e que iniciaria as entrevistas o que ocorreria nas semanas seguintes.

A cada participante foi esclarecido sobre a natureza da pesquisa no que se refere aos seus objetivos, metodologia, benefícios, possíveis riscos e o incômodo que esta poderia lhes acarretar, bem como seriam respeitados em suas singularidades. Além disto, caso o participante necessitasse a pesquisadora iria interromper a entrevista caso identificasse expressões de manifestação de sofrimento nos participantes. Caso os participantes sofressem riscos e danos decorrentes da pesquisa, direta ou indiretamente, a pesquisadora iria interromper a entrevista para que eles fossem encaminhados aos profissionais da equipe, previamente contatados, para conversarem.

Após todos os esclarecimentos relacionados a pesquisa, cada participante assinou o TCLE documento que explicitava o consentimento livre e esclarecido, elaborado com todas as informações necessárias, em linguagem clara e objetiva, de fácil entendimento, para esclarecimento de quaisquer dúvidas no transcorrer da pesquisa, assim como, da sua participação voluntária sobre a **autonomia** assegurando sua vontade de permanecer ou desistir em qualquer momento da pesquisa sem constrangimento ou prejuízo.

A pesquisadora informou que a participação seria por meio de uma entrevista (APÊNDICE B), gravada em gravador digital, para registrar fidedignamente os depoimentos. Caso o participante não desejasse o uso do gravador, sua vontade seria respeitada e o fato não inviabilizaria o desenvolvimento da entrevista, pois a pesquisadora anotaria o seu depoimento. As entrevistas foram transcritas, de maneira a resguardar a

fidedignidade dos dados e as informações organizadas, analisadas, divulgadas e publicadas, sendo a identidade do sujeito preservada em todas as etapas. Sendo assim, para assegurar o anonimato e garantir a confidencialidade dos dados dos profissionais foi utilizada a letra 'P' (P1, P2, P3, P4...), por ser a letra inicial da palavra Profissional, seguida de um número que não corresponderia à seqüência de sua participação na pesquisa.

Quanto aos **benefícios** da pesquisa, são de forma indireta aos participantes, pois dizem respeito à melhoria da qualidade das práticas referentes a assistência, bem como à qualificação da formação e maior integração entre os profissionais da equipe. E, os possíveis **riscos** na participação da pesquisa seria a possibilidade da mobilização emocional dos profissionais, o que não ocorreu. No entanto, caso tivesse ocorrido, a pesquisadora interromperia a entrevista e a situação seria minimizada pelo atendimento da equipe de profissionais do próprio serviço, que foi previamente contatada, assim como, não teria custos para reparação do dano ocasionado. Soma-se a isto, as suas participações foram de forma inteiramente gratuita.

Além do TCLE, o Termo de Confidencialidade (APÊNDICE C) assegura que as informações serão mantidas em arquivo confidencial sob a responsabilidade da pesquisadora responsável, por cinco anos. Também, a pesquisadora manterá as informações em um banco de dados em um computador do Grupo de Pesquisa Cuidado a Saúde das Pessoas, Famílias e Sociedade, do Departamento de Enfermagem da UFSM, sala 1445, 4º andar do Centro de Ciências da Saúde sob os cuidados da pesquisadora responsável, a orientadora.

A socialização dos resultados da pesquisa serão realizados junto à SMS e Núcleo de Atenção Básica, Instituição de origem da pesquisadora, bem como, junto as Equipes de Saúde participantes desta pesquisa. Além disto, estão sendo elaborados artigos para a publicação em periódicos e apresentação dos resultados em eventos como congressos, fóruns e demais espaços coletivos.

3 ANÁLISE, INTERPRETAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo será apresentada inicialmente a caracterização dos sujeitos das equipes de Atenção Básica em Saúde e, posteriormente as categorias e subcategorias que emergiram do conteúdo dos depoimentos. Consistem em categorias: Concepções dos profissionais acerca da EPS, Ações de EPS desenvolvidas pelas equipes e o desencadeamento de mudanças no cotidiano dos serviços, Possibilidades para o desenvolvimento da EPS em equipe: Fatores potencializadores das ações de EPS em equipe e Limites para o desenvolvimento das ações de EPS em equipe.

3.1 Caracterização dos profissionais de saúde

A seguir, são apresentadas algumas particularidades dos profissionais de saúde das equipes de Atenção Básica em Saúde que participaram desta pesquisa. Sendo assim, quanto ao gênero, dos 19 profissionais de saúde que participaram da pesquisa, 15 são do sexo feminino. A predominância das mulheres na área da saúde propicia a discussão sobre questões relacionadas ao trabalho feminino, principalmente nesta área, na qual se constata uma inserção expressiva no mercado de trabalho especialmente a partir da década de 90, e que se mantém até a atualidade. Alguns estudos discutem a incorporação da mulher no mercado de trabalho a partir de determinantes econômicos como a crise, o empobrecimento da população e a conseqüente degradação das condições de vida (AQUINO; MENEZES; MARINHO, 1995; BRUSCHINI, 1998; CARLOTO, 2002).

O setor de saúde apresenta grande contingente feminino, principalmente por motivos históricos nos quais a mulher sempre foi associada ao cuidado familiar. Isto é fortemente percebido nos dados evidenciados pelos censos no país relativo à força de trabalho em saúde, nos quais se observa vasta presença feminina (GIL, 2005; VILARINHO; MENDES; PRADO, 2007). A participação das mulheres no mercado de trabalho em saúde vem sendo estudada há algumas décadas, mostrando sua importância da expansão no mundo do trabalho bem como as especificidades do setor saúde que abriga um contingente expressivo de mulheres, representando hoje mais de 70% de toda força de trabalho (MACHADO; OLIVEIRA; MOYSES, 2010).

Em relação à idade dos profissionais de saúde entrevistados, é possível evidenciar que a idade média foi de 38 anos, sendo que a mínima foi de 27 anos e a máxima de 47

anos. Esses achados apontam para um grupo bastante heterogêneos, no qual parte deles apresenta maturidade produtiva e pode indicar que tenham vivências e experiências anteriores em relação ao trabalho, como exemplo os ACS, enquanto que outros estão iniciando sua vida profissional. No entanto, é possível destacar que há predomínio de adultos jovens, principalmente em relação a enfermeiros e médicos, características que convergem com estudos semelhantes (QUATRIN, 2009; OLIVEIRA et al, 2012; SANTOS, 2011).

Considerando o tempo com que os profissionais já desenvolvem atividades na profissão, encontramos os recém-formados, com um ano de atuação contrastando outros com mais de 16 anos de atividades específicas na área de atuação, sendo a média em torno de sete anos de experiência. Quanto ao tempo de atuação na ESF atual, na qual foram entrevistados, alguns profissionais estavam a apenas 19 dias enquanto outros já atuavam há mais de 13 anos.

Cabe destacar que tanto para tempo de experiência quanto tempo de atuação na ESF atual, pode-se asseverar que o tempo maior está relacionado aos ACS, e o menor aos médicos. A pouca permanência dos profissionais médicos nas ESF pode ser considerada um dos nós críticos para a efetivação da Estratégia, o que condiz com os achados de outros estudos (NOBREGA, 2005; ESPÍNDOLA; LEMOS; REIS, 2011) que mostram ser a maioria dos médicos das ESF recém-formados tendo, portanto, pouca experiência, sendo o trabalho em Estratégias uma possibilidade para adentrar no mercado de trabalho e adquirir experiência.

Corroborando com este fato, outro estudo realizado com gestores de municípios de grande porte evidenciou que um dos fatores que leva a pouca permanência de médicos, principalmente nas ESF, é a contratação de muitos recém-formados que possuem outros propósitos, como a residência médica (CAMPOS; MALIK, 2008).

Em relação à escolaridade, dos 19 profissionais entrevistados, todos possuem ensino médio completo, sendo que destes, um terço possuem curso profissionalizante e menos da metade tiveram acesso ao nível superior. Os profissionais que atuam na ESF possuem características educacionais diferentes, uma vez que os ACS podem ter apenas como formação o nível fundamental (BRASIL, 2002b) enquanto que profissionais como médicos, enfermeiros e odontólogos devem possuir necessariamente formação em nível superior, e por vezes a especialização. No entanto, frente a estes dados percebemos que apesar da diversidade de formação, muitos profissionais que poderiam apenas ter

formação básica, possuem também formação técnica como os ACS o que qualifica o cuidado em saúde.

Em sua maioria, os profissionais das ESF pesquisadas ingressaram no último concurso municipal que ocorreu em 2011 para a ESF no Município. No entanto, em relação aos profissionais médicos entrevistados, a maioria deles estava nos serviços a menos de dois meses principalmente por serem do Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica (PROVAB), que oferece incentivos aos médicos e demais profissionais de nível superior que compõem a ABS para atuarem por um ano nas ESF e outras estratégias de organização da AB, como PACS, para terem acesso a maior pontuação ao realizarem seleção para os programas de residência (BRASIL, 2012f).

Deste modo, apesar de ter ocorrido concurso público para provimento de cargos nas unidades de ESF, a problemática da falta de estímulo para fixação de profissionais está presente, principalmente no que concerne aos profissionais que ingressam pelo PROVAB. Diante deste cenário, o desafio é o de buscar uma forma de estruturar um processo de trabalho coletivo efetivo, pautado na criação de vínculo e cuidado longitudinal, menos vulnerável às variações de disponibilidade de recursos humanos locais e regionais, bem como às variações políticas (BARBOSA; AGUIAR, 2008).

Neste sentido, a Organização Mundial de Saúde (OMS) frente à dificuldade de fixação de profissionais nas equipes de saúde estabeleceu normas e metas específicas a curto, médio e longo prazo. Essas são principalmente quanto a temas referentes à formação e capacitação a fim de fixar profissionais nas equipes, no período de 2006 a 2015, intitulada a década do profissional de saúde (PIERANTONI; VARELA; FRANÇA, 2006).

Cabe destacar que a ESF encontra-se em expansão, porém a problemática da curta permanência dos profissionais nas equipes fragmenta o cuidado bem como fragmenta combinações e acompanhamentos com indivíduos e suas famílias causando perda de efetividade e confiança da comunidade junto à equipe. Os impactos que estes problemas causam sobre a população são grandes, pois normalmente levam a falta de continuidade no cuidado (BRASIL, 2008).

3.2 Concepções dos profissionais acerca da Educação Permanente em Saúde

Esta categoria foi formada pelo tema Educação Continuada que perpassa nos depoimentos dos profissionais de saúde como sinônimo de educação permanente em saúde.

Se expressa pelo *passar e discutir informações em capacitações, encontros, cursos de aprimoramento, qualificações, palestras e seminários visando um aperfeiçoamento da prática dos profissionais no dia a dia do desenvolvimento do trabalho em saúde.*

Os profissionais de saúde das duas equipes de ESF trazem um entendimento sobre EPS que se aproxima da EC que é compreendida como um recurso na área da Saúde, que tem como característica o modelo acadêmico que visa principalmente à atualização de conhecimentos e geralmente com enfoque disciplinar. Ela é baseada em técnicas de transmissão buscando apenas atualização, contribuindo para dicotomia entre a teoria e a solução de problemas da prática. É, além disso, uma estratégia descontínua de capacitação, pois apresenta ruptura no tempo em cursos normalmente dirigida para uma categoria profissional (BRASIL, 2009), como podemos perceber nos fragmentos, a seguir:

[...] apesar de ter um núcleo de Educação Permanente da prefeitura, a gente não tem assim muitos cursos, qualificações [...] a gente teve várias palestras de profissionais. (P1)

[...] eu entendo a EP como isso, como posso dizer, tu vai reunir a equipe e tu vai passar informações e discutir [...] um aperfeiçoamento da tua prática do dia a dia, um assunto que eu acredito que seja importante que seja trabalhado com toda a equipe, trazendo informações, trazendo mais conhecimento. (P2)

[...] uma atualização dentro da tua área, eventos e discussões sobre coisas novas que estão acontecendo, um conhecimento a mais. (P10)

Os profissionais de saúde das equipes de ABS evidenciam uma concepção de educação como transmissão de conhecimento, pontual e fragmentada. Esta valorização da ciência como fonte de conhecimento técnico-científico aliada a desarticulação com a gestão, formação e ao controle social, com enfoque nas categorias profissionais com base no diagnóstico de necessidades individuais (PEDUZZI et al 2009) coaduna com o objetivo da EC de atualizar os profissionais para que estes possam exercer suas funções com maior qualidade e desempenho (MASSAROLI; SAUPE, 2008).

Em complemento o Ministério da Educação e Cultura (MEC) e Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP) (BRASIL, 2001b), trazem que a EC pode ser entendida como uma educação geral ou técnica que não termina com a escolarização formal, mas que continua a título de aperfeiçoamento e atualização, acompanhando o desenvolvimento geral e seguindo metodologias próprias. Esta busca pelo conhecimento, conforme o INEP advém do processo de globalização, em que a formação integral da pessoa torna-se essencial para o atendimento de necessidades e aspirações de

natureza pessoal, profissional ou social, por meio da possibilidade de atualização ou reciclagem de conhecimentos, aquisição de conhecimentos novos, qualificação técnica, profissional, cultural, artística, entre outros (BRASIL, 2001b).

A EC permite, portanto, conforme o MEC/INEP, completar um nível de educação formal, adquirir conhecimento e perícia em determinado campo, atualizar-se ou rememorar um assunto específico, ou melhorar as qualificações profissionais do indivíduo (BRASIL, 2001b). Também, pode ser conceituada como um conjunto de experiências subsequentes à formação inicial que

permitem ao trabalhador manter, aumentar ou melhorar sua competência, para que esta seja compatível com o desenvolvimento de suas responsabilidades, caracterizando, assim, a competência como atributo individual. Ela é um conjunto de práticas educativas contínuas, destinadas ao desenvolvimento de potencialidades, para uma mudança de atitudes e comportamentos nas áreas cognitiva, afetiva e psicomotora do ser humano, na perspectiva de transformação de sua prática (PASCHOAL; MONTOVANI; MÉIER, 2007, p. 480).

Sendo assim, a EC é de extrema importância tanto para a contínua atualização desde que as estruturas dessa educação existentes nas instituições sejam abertas a criação de espaços de discussão, para que se proponham estratégias e aloquem recursos, possibilitando o pensar e a busca de soluções criativas para os problemas. Neste interim o conceito de EC tem sofrido modificações uma vez que vem sendo compreendido como um processo educativo que visa reconstrução pessoal e profissional do trabalhador da saúde (NIETSCHE et al., 2009).

No entanto, apesar dos participantes desse estudo trazerem a EP na perspectiva da EC, pode-se perceber uma potencialidade quando tomamos esse conceito que remete a uma importante mudança na concepção e nas práticas de educação das equipes de saúde dos serviços como podemos observar:

[...] um assunto que eu acredito que seja importante que seja trabalhado com toda a equipe, trazendo informações, trazendo mais conhecimento [...] mas, por mais que a gente fale aqui, estude, vá atrás, eu acho que isso podia ser uma prática que fosse assim da unidade, que fosse como se obrigatória, digamos que fosse um item indispensável [...] pra toda equipe, desde o pessoal da limpeza que precisa de muita orientação até os médicos. (P2)

O profissional acima nos remete a um estudo pautado no conceito de EPS que evidencia serem os problemas da prática as demandas para uma prestação de serviços de qualidade e estes, precisam ser objeto de reflexão coletiva dos profissionais da atenção à saúde, a partir da qual são decididas

as necessidades de intervenções político-educativas e outras, referenciadas à esfera da gestão. O "problema", categoria central na EP, é construído e não "diagnosticado": é a partir dos olhares de todos os atores envolvidos na prestação de serviço que o problema se desenha (VINCENT, 2007, p. 81).

Em virtude disso, os problemas precisam ser trabalhados continuamente, fazendo com que haja compreensão das necessidades de saúde, das práticas profissionais e de organização do trabalho em busca de uma transformação permanente, visando qualidade na atenção à saúde. Com isso, a EPS que é um processo educativo, tem como objetivo trabalhar com os profissionais de saúde trazendo o cotidiano da prática no processo de formação, levando-os à problematização, à reflexão em busca da mudança bem como à transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, tomando como referência as necessidades de saúde das populações e a organização da gestão setorial (CECCIM, 2005a; BRASIL, 2004a; NICOLETTO et al, 2008).

Além disso, a EPS deve constituir parte do pensar e do fazer dos trabalhadores com a finalidade de propiciar o crescimento pessoal e profissional dos mesmos, contribuindo para a organização do processo de trabalho através de etapas que possam problematizar a realidade e produzir mudanças. Neste sentido, pensar em propostas inovadoras de EPS leva ao desafio de gerenciar experiências de aprendizagem que interessem às pessoas envolvidas, que as levem ao processo de compreensão e construção de conhecimentos, que possibilitem um novo modo de pensar e agir favorecendo o desenvolvimento pessoal e social, bem como a capacidade reflexiva dos profissionais (RICALDONI; SENA, 2006).

Esses processos necessitam prioritariamente permitir aos trabalhadores aprender, no complexo mundo contemporâneo, com toda subjetividade e complexidade que há no contexto de uma aprendizagem solidária e democrática, que oferece a eles ajuda e tende a fortalecer processos de crescimento pessoal e transformação no âmbito profissional. Sabe-se que esse processo de aprendizagem é importante, pois exercita a autonomia frente à aprendizagem, desenvolvendo assim a capacidade de aprender a aprender e a consciência da necessidade da formação permanente. Torna-se nestes moldes evidente a necessidade de um programa de capacitação dos profissionais para adotar ou fazer a educação permanente, sustentada em uma concepção que propicie o crescimento dos sujeitos, o que é fundamental na determinação da qualidade do cuidado (RICALDONI; SENA, 2006).

Aproximando a EC à EPS podemos perceber que possuem diferenças importantes. Entretanto, percebe-se que uma inclui a outra, pois a EC está pautada em alternativas educacionais centradas no desenvolvimento de grupos e ou categorias profissionais.

Também busca uma prática autônoma, enfocando temas e especialidades que tem por objetivo a atualização técnico-científica, com periodicidade esporádica, além de se utilizar de metodologias fundamentadas na pedagogia de transmissão esperando atingir a apropriação do saber científico de forma passiva, tendo como principais ferramentas a atualização por meio de cursos (PEIXOTO *et al.*, 2013).

Já a EPS é uma estratégia de reestruturação dos serviços desenvolvida para as equipes de saúde por meio da aprendizagem significativa com enfoque problematizador visando o trabalho multiprofissional, a busca de uma prática institucionalizada com objetivo de transformar as práticas de atenção. Nela o profissional é centro do processo ensino-aprendizagem uma vez que ela visa à aquisição de competências tendo como ferramentas os determinantes sociais e econômicos regionais e necessidades de saúde da população, bem como valores e conceitos a fim de orientar a busca de novos saberes para a solução dos problemas, fortalecendo a equipe e população (PEIXOTO *et al.*, 2013). Ela surge a partir da necessidade de mudanças nas práticas permeadas por fazeres rotinizados advindos de uma formação biologicista e mecanicista (VICENT, 2007).

A EPS tem como princípios políticos a articulação com a gestão, a busca por mudança do processo de trabalho institucional, bem como a construção de espaços democráticos, nos quais se encontra os de controle social. Já pedagogicamente, ela se pauta na utilização de metodologias ativas tendo como campo as próprias unidades de saúde, partindo da teorização de situações problemas para a intervenção na realidade das comunidades (BRASIL, s/d). Desta maneira, percebe-se que a EPS tem como ponto de partida o entendimento que as instituições de saúde são espaços de trabalho e de educação, principalmente por nelas encontrarmos relações complexas normalmente permeadas por processos ideológicos e culturais, associadas ainda a fatores técnicas e econômicos (QUINTANA; ROSCHKE; RIBEIRO, s/d). A EPS propõe uma nova forma de produzir conhecimentos e de desenvolver a educação e o trabalho. Entendida como processo, as ações educativas devem ocorrer (LOBATO, 2010, p. 31), por meio do desenvolvimento de relações entre as instituições de educação, os serviços de saúde, a gestão e demais setores da comunidade (BRASIL, 2007b).

3.3 Ações de EPS desenvolvidas pelas equipes e o desencadeamento de mudanças no cotidiano dos serviços

As expressões que se emergiram a partir dos relatos dos profissionais como sendo ações de EPS desenvolvidas pela equipe, levaram ao tema ações de EPS. Assim, esta categoria foi gerada pelos núcleos: *reunião de equipe, capacitação, discussão de casos, palestras, trocas, ações de educação em saúde e treinamento*, como podemos perceber a seguir.

[...] o único momento que a gente tem de se chamar de EP é nas reuniões de equipe que a gente traz esses assuntos e trabalha na reunião de equipe. (P2)

[...] a própria equipe levanta alguma coisa pra ser debatido, daí já leva, nesse espaço da quarta. (P3)

[...] essas reuniões que agente faz. Que é quase uma capacitação porque a gente troca ideias, tira dúvidas [...] a gente discute casos que acontecem na área. (P6)

[...] algumas capacitações a gente teve. (P8)

Assim, de vez em quando a gente tem uma palestra nas quartas-feiras. Todas as quartas-feiras temos reuniões e a gente debate alguns assuntos assim. (P9)

[...] a gente troca muitas coisas assim. (P12)

Em educação permanente, eu acho, umas reuniões com gestantes. (P14)

Ai tem, algum treinamento que é em dia de reunião. Também, para aproveitar aquele tempo ali também. (P18)

Vários profissionais apesar de elencarem ações desenvolvidas pela equipe deixam claro que não desenvolvem EPS propriamente. Eles finalizam que entendem que há diferença entre as ações de EPS e aquelas as ações que vêm desenvolvendo. Sendo assim, cabe destacar que se compreende por ações de EPS, conforme parecer técnico de projetos de EPS do MS, atividades relacionadas à educação dos integrantes das equipes de saúde que podem ser classificadas conforme variáveis de instituições responsáveis, área e natureza (BRASIL, 2006a).

Em relação à caracterização das ações de EPS, segundo a natureza jurídica das instituições responsáveis pela execução das ações esta se classifica como pública, uma vez que quem as executa são equipes de ESF. Quanto à área, “ações de EPS” são aquelas destinadas ao debate, à problematização e a priorização de ações de educação permanente que tem como função identificar as necessidades de formação de acordo com a situação de saúde local (BRASIL, 2006a).

Já quanto à natureza das ações de EPS trazidas pelos profissionais, percebem-se de um lado aquelas voltadas ao rol denominado de “eventos educativos”, pois este abarca atividades predominantemente pontuais, ou seja, menos de 08 horas (BRASIL, 2006a).

Considera-se assim que ações desenvolvidas por eles (como reuniões, capacitações, discussão de casos, palestras, trocas) são chamadas pelo MS como eventos educativos esporádicos que não contribuem para avançar em um dos principais objetivos da Política de EPS que é a articulação dos diversos programas em andamento e superação da fragmentação das ações em saúde (BRASIL, 2006a).

Por outro lado, analisando as ações desenvolvidas pelas equipes que podem ser consideradas voltadas a EPS, percebe-se que estas acontecem principalmente nas reuniões de equipe. Estas ocorrem semanalmente nas quartas-feiras quando há tempo disponível:

Mas mais, assim, em reunião um pouco de dúvidas pontuais entendeu. (P10)

Ai tem, algum treinamento que é em dia de reunião também pra aproveitar aquele tempo ali também. (P18)

As ações de EPS são desenvolvidas dentro de reuniões administrativas, instituídas pela Secretaria de Saúde. Nessas são repassadas informações, alterações em fluxos de trabalho e ou formas de notificações, mudanças quanto ao funcionamento dos serviços da rede, tudo a nível informacional e algumas vezes discussão de casos. Após o momento administrativo, tendo ainda tempo, este é disponibilizado para ações de EPS, como treinamentos, discussões de casos problemas, capacitação, trocas entre profissionais como podemos constatar nas falas em sequência.

Aqui são desenvolvidas assim [...] junta o pessoal na reunião no caso e aí tem uma palestra, um minicurso, é mais ou menos assim. (P4)

Ai tem algum treinamento que é em dia de reunião também pra aproveitar aquele tempo ali também. (P18)

Percebe-se que a EPS ocorre nos momentos finais das reuniões de equipe mais como uma alternativa para ocupar o tempo do que como algo necessário que surge da equipe para desenvolver um trabalho mais qualitativo e voltado as necessidades da população. Na ESF, a EPS precisa ser compreendida como um instrumento para a qualificação dos profissionais, uma vez que ela busca as necessidades de conhecimentos e desenvolvimento de ações para solucionar os problemas do cotidiano dos serviços. Também, procura dar condições aos profissionais no sentido de que eles possam entender e atender às necessidades de saúde da população contribuindo para reorganização dos serviços e atentando para a formação de novos profissionais da área de saúde (BRASIL, 2006b).

Neste sentido e como podemos elucidar da fala de alguns dos profissionais, a reunião de equipe tem sido um momento possível para o desencadeamento de ações de EPS. Cabe, portanto, potencializar este espaço para que o mesmo seja utilizado como o momento crucial de trocas, discussões de caso, de envolvimento dos profissionais e de problematização das necessidades de saúde e de trabalho. A EP dos profissionais da saúde necessita, neste sentido, fazer parte do ser, pensar e fazer dos trabalhadores com a finalidade de desenvolver o crescimento pessoal e profissional dos mesmos contribuindo para a organização do processo de trabalho por meio da problematização da realidade a fim de produzir mudanças (RICALDONI; SENA, 2006).

Quanto às mudanças desencadeadas pelas ações de EPS desenvolvidas pelas equipes, os profissionais de saúde mostram que estas modificam o cotidiano das ações em saúde:

Sim trazem porque a gente tendo mais informação a gente tem mais segurança no que a gente esta fazendo. (P1)

No ambiente de trabalho no caso sim, [...] tu tem que vir trabalhando a tempo pra começar a dar resultado a médio e longo prazo. (P3)

Sim, tudo que agente trás tem um retorno, [...]tem que agir diferente. (P6)

A gente percebe uma mudança. [...]conseguiu mudar muitas coisas aqui dentro. (P11)

Ah, com certeza. [...] E tu orientando tu da oportunidade do profissional de ter uma nova visão uma nova abordagem. (P15)

No que se referem às mudanças desencadeadas pelas ações de EPS expressas pelos profissionais, estas ocorrem principalmente a oferecer maior segurança para o desenvolvimento das atividades e ou nas possibilidades de agir diferentemente a partir de novos olhares e outras abordagens para os mesmos problemas de saúde que vem assolando a população e equipe de saúde.

A PNEPS mostra, ao estabelecer a problematização como metodologia de qualificação dos serviços e equipes em saúde, a preocupação com a formação dos profissionais e usuários a fim de consolidar o Sistema de Saúde (BRASIL, 2009). Neste sentido, podemos elucidar a partir das entrevistas, que os espaços das reuniões das equipes surgem como uma possibilidade para o desenvolvimento da EPS como espaço transformador do setor da saúde ao colocar o trabalho, ou casos de necessidade de saúde, como pontos de discussão, criando a oportunidade de produzir mudanças necessárias nas práticas de atenção.

Ao pensar a reunião como encontro dos profissionais das equipes o percebemos como espaço de convivência, entendendo esta como uma “vivência vivida sempre com os outros (con) e jamais sem os outros [...] na qual há um aprendizado real como construção coletiva do saber, da visão de mundo, dos valores que orientam a vida” (BOFF, 2006, p. 33). Assim, este espaço de convivência está atrelado a um espaço relacional onde há a construção do conhecimento, este oriundo da construção da linguagem que se forma a partir de relações emocionadas, da aceitação do outro como legítimo (MATURANA, 1998).

As equipes quando buscam refletir sobre as situações problematizam e ao comprometerem-se com a resolução dos nós críticos do trabalho criam as mudanças necessárias ao serviço mostrando que o processo de aprender e ensinar incorpora-se ao cotidiano das equipes. Ao problematizarem a realidade, ao perceberem a insatisfação com o serviço prestado e sensação de incômodo surge o desejo de mudança, que só é percebido quando vivido de forma intensa, por meio da vivência e da reflexão sobre as práticas cotidianas (MERHY; FEUERWERKER; CECCIM, 2006). Deste modo, ao pensar e construir ações em equipe, baseadas em relações individuais e coletivas, a fim de agir sobre as necessidades de saúde, busca-se a responsabilização dos profissionais sobre as decisões tomadas (MATURANA 1998).

A EPS precisa ser desenvolvida com vistas a produzir mudanças no processo de trabalho nas equipes. Ela busca qualificar os serviços oferecidos à população visando efetivar o modelo de atenção integral à saúde segundo proposta suscitada pelo SUS (LIMA et al., 2010). Ela também pode ser compreendida como educação no trabalho, a qual esta pautada no desenvolvimento de processos educativos visando à análise e reflexão das relações entre a aprendizagem e prática (BRASIL, 2009).

A equipe ao ocupar este espaço de encontro para trazer os problemas e necessidades de saúde, mostra que é incomodada e o que os profissionais fazem a partir disto depende da estrutura que foi construída historicamente de cada um (MATURANA, 1998). Experiências, cultura, pré-conceitos e vivências são fatores que permeiam a construção do sujeito e que influenciam no modo de pensar, viver e agir. Cabe a EPS fazer pensar e refletir criticamente sobre os constituintes desta estrutura e modificar o modo como agimos em determinadas situações, principalmente em relação às necessidades de saúde da população.

3.4 Possibilidades para o desenvolvimento da EPS em equipe

Várias são as possibilidades que permeiam o desenvolvimento de ações de EPS. Elas podem ser positivas no que tendem a subsidiar e ou potencializar as ações a serem ou em desenvolvimento e aqueles que inibem que estas sejam desenvolvidas, dificultam. Neste sentido, os temas que deram origem as subcategorias estão diretamente relacionadas aos fatores potencializadores e ou fatores dificultadores e não impeditivos.

3.4.1 Fatores potencializadores das ações de EPS em equipe

Esta subcategoria foi formada pelos fatores que influenciam o desenvolvimento da EPS em equipe e, portanto formada pela *equipe motivada quanto à aprendizagem e trabalho, trabalhar com equipe completa e harmonia da equipe*.

Os profissionais de saúde das duas equipes de ESF trazem um rol de fatores que segundo eles facilitam, auxiliam ou potencializam o desenvolvimento das ações de EPS na equipe. Dentre estes fatores, encontramos os relacionados diretamente à equipe, reforçando a ideia de que é dela que deve surgir a necessidade da busca do desenvolvimento de ações de EPS. Neste rol encontramos como potencializadores a *motivação da equipe quanto à aprendizagem e trabalho*:

[...] a gente tem condições sim de pegar um tema alguma coisa e discutir, de solicitar uma teleconferência, uma palestra de um profissional para todos da equipe dos mais diversos temas. (P1)

As potencialidades eu vejo que a equipe ela (equipe) se motiva bastante, sempre saber, sempre sabendo e buscando coisas novas e aperfeiçoando. Eu vejo isso o lado bom. (P2)

[...] todo mundo (equipe) entrou assim com vontades, com ideias com coisas mais atualizadas pra mudar tudo. (P5)

Porque acho que potencialidades é bem isso, a gente quer receber, a gente tem vontade e a equipe é uma equipe unida e estável. (P9)

A palavra motivação vem do latim “motivos”, que faz relação a movimento. Neste sentido, quem motiva uma pessoa, que lhe causa motivação suscita um estado de ânimo fazendo-a a agir em busca de novas conquistas, horizontes. Ela é intrínseca, nasce das necessidades e age como uma força que direciona a pessoa para algum objetivo, a desenvolver ações em prol dele. Pode ser definida ainda como um conjunto de fatores que determinam a conduta do indivíduo (NAKAMURA *et al.*, 2005) e pode ser entendida

como um desejo inconsciente de obter algo ou também como um impulso visando a satisfação em prol do crescimento e desenvolvimento pessoal e como consequência a organizacional, fazendo com que a satisfação pessoal afete a harmonia e estabilidade psicológica no local de trabalho (MURAY, 1986).

Neste sentido, podemos perceber que a equipe é motivada no que diz respeito a busca de oportunidades de aprendizado. A EPS, neste contexto, encontra espaço para ser desenvolvida uma vez que ela tem como pressuposto surgir a partir das necessidades da realidade do trabalho dos profissionais em saúde.

A busca pela educação, relatada, mostra que os profissionais percebem as necessidades no seu fazer no cotidiano, e principalmente, a motivação destes em modificar suas ações em busca de maior qualificação à atenção prestada. Além disto, sinaliza que a busca pela aprendizagem perpassam pelas equipes no sentido de estarem “abertos” a receber, a fazer mudanças, a buscar maneiras de resolver seus problemas e, neste sentido, conseqüentemente passam a desenvolver ações de EPS.

As falas seguem no sentido da EPS, que está pautada na aprendizagem significativa, que promove e produz sentidos buscando a transformação das práticas profissionais por meio da reflexão crítica do cotidiano dos serviços, com profissionais e situações reais (BRASIL, 2004b). Os profissionais ao buscarem resolver problemas do serviço ou do território em equipe seguem no sentido problematizador, da escuta e a construção de conhecimentos a partir dos conhecimentos e experiências compartilhadas (BRASIL, 2009).

Destaca-se que, por aprendizagem, entende-se o desenvolvimento de capacidades para resolver problemas, ou seja, transformar as situações diárias em aprendizagem por meio da análise e reflexão sobre os mesmos na prática. Este entendimento não se limita a categorias profissionais, mas a toda a equipe, incluindo profissionais em formação, usuários e gestão (BRASIL, 2009). Assim, voltando o olhar para o trabalho em equipe e o papel da aprendizagem dentro das organizações, percebe-se que estes tem relação muito estreita uma vez que elas são constituídas por vínculos e a análise destes são essenciais para a aprendizagem (BRASIL, 2009).

A aprendizagem é produzida de modo permanente e recíproca nas redes construídas cotidianamente e nos espaços de convivência (MATURANA; VARELA, 1995). Destaca-se, neste sentido, que a relação dos profissionais em equipe é fundamental para que o desenvolvimento das atividades em saúde seja efetivo e, para que isso seja possível, a

equipe deve se perceber como um espaço de aprendizagem. Trata-se de como perceber o ser humano, pois há inseparabilidade entre o viver e o conhecer, ou seja, a vida é um processo de conhecimento, permanentemente se construindo na interação dos seres vivos com os outros e com o meio, aprendendo enquanto vive e vivendo enquanto aprende (MATURANA, 1997).

No que tange ao trabalhar com equipe completa, como potencialidade apontada pelos profissionais, nas ESF as equipes multiprofissionais compostas por enfermeiros, médicos, técnicos de enfermagem e ACS, são as bases desta atenção. Estes são responsáveis pelo acompanhamento de um número de famílias em um determinado território e devem atuar na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação de problemas relacionados à saúde e seus agravos mais frequentes bem como na manutenção da saúde da sua população (BRASIL, 2013b).

Na AB as ações de saúde são construídas principalmente baseadas nas relações interpessoais, na criação de vínculo, tendo a atenção prestada pelo profissional de saúde o papel central da equipe. Depreende-se disto, portanto, a grande importância da estabilidade do trabalho dos profissionais, da capacitação permanente, da possibilidade de negociação das condições de trabalho, dos mecanismos de gestão e organização dos processos de trabalho, da fixação através da existência de plano de carreira, cargos e salários, dentre outros aspectos, importantes para a permanência e criação de vínculo com a população (LACAZ, 2008).

Trabalhar na ESF com equipe completa possibilita o desenvolvimento de atividades relacionadas à Estratégia de modo qualificado. Quando a equipe está completa e o trabalho pode ser compartilhado o cuidado tem maior possibilidade de ser prestado de forma integral. Trabalhar em uma equipe suscita relações de afeto, poder, relações sociais e culturais, que produzem formas diferenciadas de pensar e agir em relação ao trabalho (BRASIL, 2005b).

Neste sentido, é preciso investir em um trabalho horizontal, em equipe, para poder atingir os princípios e diretrizes do SUS no qual os diferentes profissionais, com habilidades e conhecimentos complementares, se comprometam para atingir um objetivo comum, definido a partir de negociações e pactuações (RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2004) o que permite a elaboração de projetos voltados à realidade que destinem a atender as reais necessidades de saúde das pessoas e suas famílias (BRASIL, 2005c).

3.4.2 Limites para o desenvolvimento das ações de EPS na equipe

Esta subcategoria também formada pelos fatores que influenciam, porém negativamente, o desenvolvimento da EPS em equipe, sendo formada segundo os núcleos *falta de recursos humanos, falta de motivação e incentivo, falta de estrutura física, grande demanda ocasionando a falta de tempo*, como verificamos a seguir

[...] tu fica de pé, sem portaria, sem limpeza, que daí tu tem que fazer isso daí, e aí tu faz o que dá também, vamos apagar o incêndio. (P4)

[...] deveria ter mais gente trabalhando, a equipe teria que ser maior, porque é muita gente é muita coisa para a gente fazer. E as vezes a gente não consegue fazer tudo que tu te propõe no dia. (P6)

Porque o posto tem uma demanda muito grande, [...] enfermeira é só uma que tem, os técnicos dão conta e também fazem outras coisas que não é do serviço deles. (P8)

Eu acho a equipe ser incompleta, [...] aí já não se tem tempo. (P19)

A área da saúde, principalmente a AB, pode ser vista como um setor de grande demanda de profissionais que realizam o cuidado clínico, social, cultural e neste sentido, é preciso que ocorra o envolvimento destes para a transformação das práticas e dos serviços oferecidos à população (MERHY, 1997). No entanto, a falta de recursos humanos nos serviços de saúde, de modo geral, tem sido apontada, ao longo dos anos, como um problema crônico e crítico para a implementação e consequentemente efetivação do SUS. Fatores relacionados a estes trabalhadores têm suscitado debates que têm levado à construção de políticas no que concerne aos seus principais problemas como a falta de qualificação e formação destes profissionais, bem como e principalmente a precarização do trabalho (SANCHO et al., 2011).

O número de contratos de trabalho temporários tem diminuído, porém a força de trabalho na ABS ainda apresenta alta rotatividade, principalmente pelas diferenças salariais e contratos de emprego oferecidos pelas diferentes instituições (GIRARDI et al., 2010). A busca de soluções para este problema levou a elaboração de diversas propostas de intervenção que não foram capazes de produzir as mudanças necessárias para o alcance de uma atenção adequada conforme princípios e diretrizes do SUS.

A falta ou grande rotatividade de profissionais da ESF, gerando instabilidade nas equipes, tem sido um grande fator que tem dificultado o desenvolvimento da Estratégia no país, principalmente relacionado à questão do financiamento dos profissionais. A

permanência dos profissionais é considerada um dos fatores críticos de sucesso para o programa (BRASIL, 2002a, 2004c). Apesar de uma remuneração satisfatória para muitos destes profissionais, este não é fator determinante para a permanência nas equipes garantindo o compromisso destes na resolução dos problemas de saúde dos usuários, levando a descontinuidades pela não geração de estruturas efetivas, duráveis e qualificadas (SIMÕES, 2002). Algumas hipóteses têm sido levantadas quanto aos fatores que levam à rotatividade como a forma de contratação, o perfil do profissional e condições de trabalho (CAMPOS; MALIK, 2008).

A satisfação no trabalho, por um lado, talvez seja um dos fatores mais fortes por que os profissionais permanecem numa organização. Por outro, estudo evidencia que um dos principais fatores que leva um profissional a deixar uma organização é seu nível de insatisfação com a função que desempenha que pode ser causada por qualquer um dos muitos aspectos que compõem o trabalho (CAMPOS; MALIK, 2008).

Assim, a falta de um plano de carreiras próprio para a área de saúde associado à baixa remuneração, bem como a necessidade de aperfeiçoamento das habilidades e competências para trabalhar com o grande número de problemas de saúde juntamente com as diversidades socioculturais das comunidades são algumas das dificuldades para a efetivação do quadro de profissionais das equipes de ESF (FIOCRUZ, 2010). Este cenário de falta de profissionais tem levado à realização estudos em busca de formação de políticas na área de recursos humanos, voltadas para a atração e fixação dos profissionais de saúde na AB, como o PROVAB, Residências multiprofissionais entre outros.

No que concerne a *grande demanda* juntamente com a *falta de tempo*, relatado pelos profissionais, a ESF precisa desenvolver ações de cunho individual ou coletivas relacionadas à promoção e prevenção de agravos à saúde. Também, necessita oferecer tratamento e reabilitação, tendo como base o entendimento ampliado de saúde, que inclui determinantes biológicos, psicológicos e socioambientais na compreensão do processo saúde-doença (BRASIL, 2012a).

Neste sentido, prestar o cuidado integral aos indivíduos e famílias envolve estar próximo às comunidades, à criação de vínculo entre os usuários e profissionais, envolve planejamento de ações baseadas nas realidades locais (SOUSA; HAMANN, 2009). Além destas questões, é preciso atentar para a produtividade exigida, além normalmente do grande número de famílias que precisam ser atendidas, muitas vezes em pouco tempo, o que pode impedir o acolhimento e escuta ativa (ALVES; SILVA, 2010).

Assumir o cuidado de indivíduos e famílias em risco em seus territórios com seus problemas leva normalmente a uma sobrecarga de trabalho dos profissionais, além das responsabilidades circunscritas à profissão (LUCCHESI et al., 2009). Neste sentido, é proeminente a necessidade de valorização dos profissionais em saúde, principalmente os que compõem a AB, como as ESF, pelo tempo necessário dispensado às ações de promoção e prevenção da saúde no território bem como aos acolhimentos de demandas complexas que envolvem determinantes sociais (KANNO; BELLODI; TESS, 2012).

Em qualquer unidade de saúde o quantitativo de seus recursos humanos necessita ser o suficiente para atender a demanda da população. A falta de profissionais ou a sobrecarga de trabalho pode levar a um maior desequilíbrio da equipe e conseqüentemente problemas na qualidade e na quantidade dos serviços prestados (BEZERRA, 1997).

Em relação às dificuldades enfrentadas pelas equipes, algumas pesquisas mostram que os profissionais atribuem o excessivo número de famílias acompanhadas por equipe como o principal problema para o desenvolvimento do trabalho nas ESF. Neste sentido, a ampliação de cobertura da Estratégia com o objetivo de reorientar a prática assistencial em direção à saúde da família, é essencial, tendo atenção especial no que se refere a manter as equipes completas e com limite máximo de famílias (PINTO; MENEZES; VILLA, 2010).

A demanda espontânea, dependendo de sua intensidade, também causa modificações na maneira de organizar seus profissionais e equipes, modificando as relações de trabalho bem como os modos de cuidar (BRASIL, 2011). Assim, para atender esta demanda como previsto pelo SUS, é necessário que as equipes se organizem a partir da busca de acolhimento e necessidade dos usuários e reflitam e ajam sobre o que e como estão respondendo a estas demandas. É essencial que as equipes se organizem para que todos os profissionais participem do acolhimento, que ampliem a capacidade de atendimento clínico, que façam a escuta de forma ampliada, que avaliem os riscos e vulnerabilidades a fim de planejar ações e intervenções de maneira resolutiva e adequada buscando a integralidade e resolutividade (BRASIL, 2011).

Para que isto venha a ocorrer, é necessário que os profissionais possuam espaços para discussão e reflexão sobre os problemas e dificuldades enfrentadas no cotidiano com finalidade de redefinir responsabilidades. Espaços como as reuniões e de EP são importantes para discussão de problemas e dificuldades do processo de trabalho uma vez que é preciso pensar sobre o que se faz para construir e pactuar novas ações (BRASIL, 2011).

Para construir este cuidado é preciso que os profissionais vinculados às equipes de saúde participem da gestão do processo de trabalho da equipe, a fim de buscar soluções para os problemas que estas enfrentam cabendo a ela perceber as necessidades reais da população (risco) e sua dimensão. Atender uma população além do limite máximo adscrita a equipe acaba por dificultar o acolhimento à demanda bem como as demais atividades cotidianas das ESF, como consultas programadas, grupos, visitas domiciliares, reuniões de equipe, entre outras ações (BRASIL, 2011).

Diante da demanda espontânea excessiva e população submetida a grandes riscos é necessária à ampliação do número de profissionais das equipes, bem como a redistribuição da clientela adstrita a outras equipes ou ainda implantação de novas equipes. Cabe ainda refazer o dimensionamento do número de famílias por equipe conforme grau de risco da área e demais estudos a fim de oferecer cuidado adequado à população. (BRASIL, 2011).

Já a falta de motivação e incentivo às ações de EPS também foram aspectos destacados pelos profissionais de saúde:

[...] de todos estarem motivados e realmente com vontade de fazer alguma coisa nesse sentido. (P1)

[...] eu teria que ter 8 horas da minha carga horária pra fazer meu trabalho, meu projeto e, isso a secretaria não permite. (P2)

Eu acho que a própria política da prefeitura, eu sinto assim que a equipe é desestimulada [...] tu tem que trabalhar, a agenda é enorme, a demanda é muito grande [...] tu é cobrada disso, as pessoas daqui reclamam. (P5)

O problema é, são as outras coisas que minam isso. Então, é o espaço, a falta de tempo e a falta de incentivo do município para que sejam desenvolvidas isso. (P9)

A motivação é impulsionada por uma energia que faz com que a pessoa, ou grupo, busque alguma coisa. Sendo assim, motivar o profissional de saúde e equipe torna-se essencial para que estas possam melhorar seus processos de trabalho e conseqüentemente o cuidado (SANTOS; MIRANDA, 2007). Destaca-se, no entanto, que os profissionais são motivados, normalmente, quando se sentem parte de uma equipe ou time e quando se sentem reconhecidos, valorizados pelo trabalho que desenvolvem (SANTOS, 2000).

Os profissionais da ESF, devido à proposta, devem trabalhar com a população considerando os aspectos sociais, visando desenvolver ações preventivas, assistenciais e educativas relacionados à saúde. Para atuar neste sentido, os profissionais como indivíduos e como equipe necessita identificar-se com a proposta de trabalho da ESF que demanda,

inevitavelmente, criatividade, iniciativa, principalmente ao trabalhar diretamente com coletividades (NASCIMENTO; NASCIMENTO, 2005).

Inferese a partir disso a grande complexidade do trabalho em ESF, o que requer necessariamente tanto dos serviços enquanto rede, quanto de suas equipes muito envolvimento profissional, causando muitas vezes sobrecarga emocional e de trabalho podendo levar a desencadear diversos problemas, dentre eles a desmotivação (BRASIL, 2003). Para que a equipe e profissionais comprometam-se com os objetivos da ESF e venham a se envolver com as necessidades de saúde da população é preciso melhorar o processo de trabalho, pois ao assegurar a satisfação deles, conseqüentemente as ações desenvolvidas serão mais qualificadas (ASSIS; ALVES; SANTOS, 2008).

Neste sentido, cabe ampla discussão e reflexão acerca das necessidades dos trabalhadores das ESF levantando questões desde a formação, inserção e disponibilidade de profissionais para os serviços de saúde até o vínculo destes com o sistema. A desmotivação, trazida pelos profissionais quanto ao desenvolvimento das atividades próprias da ESF e dentre elas as ações de EPS provavelmente está atrelada também a precarização das relações de trabalho que leva à rotatividade de profissionais, a equipes desmotivadas e descomprometidas com as necessidades da população (ASSIS; ALVES; SANTOS, 2008).

Cabe lembrar que a Norma Operacional Básica relacionada aos Recursos Humanos do SUS (NOB/RH-SUS), implantada em 1993 traz como diretriz o levantamento de necessidades de recursos humanos em cada esfera de gestão, a realização de concurso público para suprir as necessidades do quadro de profissionais para a gestão e serviços em saúde (BRASIL, 2002a). Assim, a ausência de uma política efetiva, de RH para a saúde, pautados nas políticas públicas e condizente com os princípios e diretrizes constitucionais da Seguridade Social e do SUS, associada ao sub-financiamento da saúde, são os maiores desafios para o desenvolvimento do Sistema (ROSENSTOCK; SANTOS; GUERRA, 2011).

Sendo assim, para desconfigurar este cenário, é preciso trabalhar frente à desprecarização do processo de trabalho regulamentando planos de carreira, de cargos e salários, valorizando o profissional. Estas ações provavelmente levariam a uma maior motivação dos profissionais para o desenvolvimento de um trabalho qualificado, tendo em vista as necessidades dos serviços e a satisfação dos profissionais (ASSIS; ALVES; SANTOS, 2008). Desse modo, "a motivação e o envolvimento com o trabalho são

estritamente necessários para firmar uma prática de saúde efetiva e de excelência.” (ROSENSTOCK; SANTOS; GUERRA, 2011, p. 594).

Entretanto, falta de estrutura física, também é apontada pelos profissionais de saúde como fator dificultador no que se refere ao desenvolvimento de ações de EPS:

[...] a gente só trabalha com texto., A gente trabalha com o que ouviu falar. A gente não tem uma estrutura assim com data show, com uma televisão, com DVD, um not. (P2)

[...] o primeiro que estaria mais em dificuldade para nós seriam as instalações porque recursos humanos temos. Tem deficiência, mas de imediato seria mais a estrutural. (P3)

[...] os profissionais que estão trabalhando aqui estão trabalhando empurrando com a barriga porque lâmpada, a cadeira da dentista esta estragada, as lâmpadas não ascendem o teto esta caindo. (P8)

O problema é, são as outras coisas que minam isso. Então, é o espaço. (P9)

Diferentes estudos apontam que problemas com a estrutura física e falta de recursos materiais são fatores limitantes ao desenvolvimento de atividades de EPS em equipe (MARCON; LOPES; LOPES, 2008). Assim, é importante observar que o desenvolvimento de ações voltadas a EP nas equipes mais facilmente parece ocorrer se houver um local e recursos adequados. A falta destas chega a afetar a chamada Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) na AB uma vez que está atrelada a condições de trabalho, como a disponibilidade de RH, materiais e ambientais, além da organização do processo de trabalho (BATISTA et al., 2005).

A deficiência e falta de manutenção na estrutura física dos serviços de saúde da AB bem como falta de recursos materiais e humanos necessários para a realização do trabalho de forma resolutiva, uma vez que a AB é responsável por resolver ate 80% dos problemas de saúde da população, já foram destacados como um dos maiores problemas que dificultam os processos de trabalho das equipes e por consequência sua resolutividade (GUEDES; PITOMBO; BARROS, 2009). Com isso, percebemos que a falta de recursos materiais e de estrutura física se configuram como um dos principais problemas da AB, o que acaba por atingir o processo de trabalho e consequentemente o desenvolvimento de ações de EPS.

Cabe lembrar que a Portaria nº 648/GM de 2006 em seu Capítulo I, que trata da infraestrutura de AB traz como básico uma sala de atendimento para o médico outra para o odontólogo e uma de enfermagem. Refere também área de recepção, uma sala de cuidados

básicos de enfermagem, outra de vacina e sanitários. A referida portaria coloca também que a unidade deve ter equipamentos e materiais adequados às propostas de ações em saúde a fim de garantir a resolutividade (BRASIL, 2007).

Deste modo, para o desenvolvimento de ações de saúde na AB é necessária, entre outras condições, infraestrutura apropriada, disponibilidade de equipamentos, de RH capacitados e especializados bem como de materiais e insumos suficientes à assistência (BRASIL, 2006b). Destaca-se que o desenvolvimento de ações de EPS, parte tão importante quanto o desenvolvimento da assistência, pois tem o objetivo de qualifica-la, também se beneficia destas condições.

Assim, o desenvolvimento de ações de saúde e educação pelos profissionais de saúde está diretamente vinculada a disponibilidade, limitações e qualidade dos materiais e meios de trabalho disponíveis nos serviços (NAUDERER; LIMA, 2008), e na falta desses, o trabalho e seus resultados podem ficar comprometidos (COLOMÉ; LIMA, 2006). Dessa maneira, a disponibilidade de uma estrutura física e de recursos materiais adequados no que diz respeito a suprir as necessidades e, também conforto promove condições mais humanizadas de trabalho para a equipe, favorecendo, além da melhor qualidade da assistência à saúde da população (DESLANDES, 2004), maior facilidade e quiçá, maior motivação para o desenvolvimento de ações de EPS em equipe.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A educação em suas diferentes formas sempre esteve presente na vida da pesquisadora, como filha e sobrinha de educadoras. Desta forma, ao adentrar no mundo da saúde a temática da EPS foi o caminho perfeito a percorrer. Assim, sem poder se desvencilhar dessa paixão, a educação na saúde passou a fazer parte da trajetória acadêmica e profissional da pesquisadora, principalmente por ser ela uma política que busca a consolidação dos princípios e diretrizes do SUS a partir das necessidades de saúde da população e de qualificação dos profissionais visando um atendimento integral e resolutivo.

Orientar os serviços de saúde pela PNEPS é tão complexo quanto à própria busca pela efetivação do SUS, pois os princípios e diretrizes que a orientam estão diretamente conectadas com o desafio de consolidar o Sistema. Essa complexidade está diretamente relacionada à dimensão política, ideológica e conceitual da Política e do Sistema que esta visa consolidar. Desta maneira, a motivação em pesquisar este tema ocorreu principalmente por acreditar que a atuação do profissional da saúde necessita ser permeada pela educação e por um processo constante de qualificação significativa, a fim de viabilizar um agir permanente em busca de transformações que preconizem as necessidades de saúde da população.

Neste âmbito, este estudo teve como questão de pesquisa: quais são as ações de EPS desenvolvidas pelos integrantes de equipes de Atenção Básica em Saúde que recebem estudantes do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSM? Para isto foi necessário descrever as concepções e identificar a percepção que os profissionais das equipes de Atenção Básica em Saúde possuem sobre a EPS, bem como evidenciar as suas potencialidades e dificuldades do desenvolvimento da EPS.

Em um primeiro momento, por meio da caracterização sóciodemográfica evidenciou-se a predominância de profissionais do sexo feminino o que coaduna com o setor saúde em geral, que abriga, atualmente, um contingente expressivo de mulheres. No que tange à idade dos profissionais entrevistados, há uma heterogeneidade em relação à equipe, no entanto, existe um predomínio de adultos jovens quando se trata de enfermeiros e médicos. Quanto ao tempo que os participantes já desenvolvem suas atividades na atual profissão, encontramos cerca de sete anos de experiência, mas quanto ao tempo de atuação

na unidade de lotação, este tempo se encontra desde 19 dias a 13 anos, mostrando que os ACS são os profissionais que mais tempo permanecem nas unidades de saúde, provavelmente também pelas características que o cargo exige. Em contrapartida, os médicos são os que menos tempo estavam atuando nas unidades de saúde o que mostra a grande rotatividade destes profissionais.

Quanto às concepções dos profissionais entrevistados, percebeu-se que estes possuem um entendimento sobre EPS que se aproxima muito do conceito de EC. Esta é evidenciada quando os profissionais remetem a ações que caracterizam principalmente atividades uniprofissionais e fragmentadas, pautada principalmente na transmissão de conhecimento. Entretanto, apontam potencialidade quando agem de modo diferenciado, modificando as concepções e as práticas de educação continuada ao apresentarem assuntos do cotidiano de trabalho, para ser discutido com “toda” a equipe.

Neste sentido, quanto às ações de educação que as equipes desenvolvem, evidenciou-se que as reuniões de equipe são as ações que mais se aproximam da EPS, uma vez que estas normalmente contam com os todos os profissionais reunidos em um mesmo momento e local no qual se busca problematizar situações relacionadas ao cotidiano do processo de trabalho bem como situações de saúde de pacientes. São estes espaços, institucionalizados, utilizados predominantemente como de ações administrativas, que tem sido utilizado como momento, na maioria das vezes, como único de problematização e de educação da equipe.

Apesar de serem instituídos, estes espaços tem sido também utilizados, em alguns momentos, como possibilidade de desenvolvimento de ações de EPS em equipe. Neste sentido, cabe potencializar estes espaços e, utilizá-los para a discussão de casos, problematização dos processos de trabalho, trocas de experiências, pactuações e amarrações entre os profissionais da equipe, gestores, profissionais em formação e em alguns momentos usuários ou um representante destes, principalmente quando a problematização tiver como coadjuvantes a coletividade.

Em relação às mudanças desencadeadas pelas ações de EPS, desenvolvidas pelas equipes, estas estão relacionadas principalmente a maior segurança para o incremento das diversas atividades que fazem parte da ESF, maior possibilidade de agir frente aos problemas que dificultam o desenvolvimento da atenção e de problemas que vem adoecendo as populações. Assim, as reuniões de equipe surgiram como ações de EPS que precisam ser potencializadas como um espaço de transformação das ações de saúde da

equipe, ao problematizarem as necessidades de saúde de sua população. Desta forma, este espaço mesmo que constituído institucionalmente e com caráter ainda fortemente administrativo é de extrema importância, pois torna possível um momento disponível para discutirem as necessidades de saúde e problemas de processo de trabalho. No entanto é necessário ir para além delas, é preciso apropriar-se deste momento para discutir, refletir e problematizar as necessidades da equipe e, por consequência as da população, uma vez que os profissionais de saúde precisam trabalhar com e para ela.

Buscando entender como estas ações ocorrem, e o porquê de assim se configurarem, foi necessário saber quais os fatores que influenciaram o desenvolvimento da EPS nas equipes e, percebeu-se que há tanto fatores potencializadores (que facilitam o desenvolvimento de ações) quanto limitantes (que atrapalham desenvolvimento de ações). Quanto aos potencializadores, foram encontrados os relacionados diretamente à equipe, como a motivação dessa pela procura de aprendizagem relacionada ao trabalho, reforçando a importância de surgir dela a necessidade da busca do desenvolvimento de ações de EPS. Também, mostra que a EPS tem solo fértil para ser desenvolvida, bastando ser entendida como ferramenta e ou possibilidade de aprendizagem. O desenvolvimento do trabalho com equipe completa também foi evidenciando como fator potencializador importante para o desenvolvimento de ações de EPS, além de manter todos os profissionais trabalhando o que possibilita a criação de vínculo com os usuários, essencial para o desenvolvimento de ações que sejam resolutivas em AB.

No que tange aos limites para o desenvolvimento das ações de EPS em equipe, a falta de RH nas equipes de ESF foi apontada como um dos maiores problemas. A falta de profissionais leva a uma quebra do cuidado, além de uma sobrecarga de trabalho para os demais integrantes da equipe, dificultando ações de EPS. A grande demanda aliada a falta de tempo também são fatores que permeiam o trabalho das equipes de modo a impedir o cuidado integral. Neste sentido, cabe à gestão estabelecer, segundo critérios do MS, o número de profissionais adequado ao número e às situações de saúde da população a ser atendida. Cabe às equipes mostrarem por meio de indicadores, o número de usuários e as necessidades de saúde destes para que possa ser realizada uma adequação quanto ao contingente de profissionais necessários em cada equipe.

Já no que concerne a falta de motivação e incentivo ao desenvolvimento de ações de EPS, é preciso que os profissionais se sintam valorizados e, isto pode ser realizado de diversas maneiras sendo uma delas a construção de um plano de carreira para os

profissionais; a criação ou uso de indicadores pelas próprias equipes, para perceberem o quanto trabalham e os resultados desse trabalho; a criação pela gestão municipal de um informe trimestral das atividades e indicadores alcançados pelas equipes em seus territórios; a construção de eventos com mostra das atividades desenvolvidas pelas equipes no território, juntamente com seus indicadores, população que atendem e, isso pode ser realizado com os diferentes profissionais em formação ou qualificação que desenvolvem suas atividades na ESF.

Outro fator relevante, segundo os profissionais, que dificulta o desenvolvimento de ações de EPS em equipe é a falta de estrutura física e de recursos materiais. No entanto, essas não devem depender de uma estrutura física adequada ou de recursos materiais disponíveis. Elas podem e devem ocorrer em qualquer espaço e a qualquer momento dependendo apenas da disponibilidade dos profissionais, usuários, gestores e profissionais em formação. A EPS, por ser pautada na aprendizagem significativa, na problematização das situações, depende essencialmente da implicação dos profissionais em relação às necessidades de saúde da população que atende e das suas relações de trabalho.

Diante destas colocações, desenvolver esta pesquisa significou, além da busca de respostas quanto as ações de EPS desenvolvidas pelas equipes de ABS, perceber as relações que permearam os diversos espaços que se percorreu (SMS, NEPeS, equipes de ABS e ESF) e diferentes profissionais com os quais se entrou em contato (formados ou em formação) para a construção e, posteriormente seu desenvolvimento. Deste modo, esta pesquisa oportunizou perceber, mais uma vez, que a EPS precisa ser uma precisão advinda dos profissionais e de suas equipes, que devem se orientar a partir das necessidades de saúde de sua população, para que possa haver o desenvolvimento de ações de saúde qualificadas e resolutivas. Portanto, desde o primeiro momento percebeu-se que a EPS necessita estar presente na formação de todos os profissionais em saúde, uma vez que estes precisam compreender desde sua formação que a educação faz parte de seu cotidiano, pois as necessidades de saúde se modificam e os problemas dentro do nosso contexto social tem se agravado.

Ainda, os estudantes da graduação devem ter a possibilidade de maior convivência com os diferentes profissionais, para que formados não trabalhem isoladamente principalmente na saúde pública. Para isto, poderia ser viabilizada a criação de um eixo temático que permeie todas as profissões da área da saúde ao mesmo tempo, com aulas pautadas em estudos de caso com os diferentes professores e profissionais em formação.

Também, esta aproximação poderia ser realizada por meio de semanas acadêmicas integradas, seguindo com instituição de seminários de campo, todos avaliativos, integrando a formação (acadêmicos, residência) e os profissionais (assistência, gestores) e usuários. O objetivo é que o profissional possa ser formado tendo a ciência de que não trabalhará sozinho e que a EPS é um instrumento de trabalho essencial para a busca da resolutividade das necessidades de saúde da população.

Outra possibilidade de aproximar os futuros diferentes profissionais seria a criação e uso de áreas de convivência (salas de estudo coletivas, centros de convivência) bem como o desenvolvimento de eventos com ênfase em comunicação, importante para o exercício da aceitação do outro. Por meio também de trocas de experiências, mostra de culturas e perfil de saúde das diferentes regiões da cidade como forma de mostrar as diferentes faces da saúde no município ou região, com objetivo de enxergar e escutar o outro (profissional em formação e usuários), acredita-se que se facilitaria o trabalho posterior em equipe e afloraria, aos poucos, a sensibilidade de perceber as necessidades de saúde e educação nos diferentes espaços.

Outro ponto que se acredita ser essencial para a formação de profissionais cientes da importância de seu trabalho é a participação destes em conselhos locais de saúde, ora como formação, ora como usuários. Além destes, como profissionais e ou gestores, pois vivenciar esses diferentes papéis normalmente facilita perceber os diferentes contextos a que os diferentes atores se acham implicados, o que tem relação direta com o desenvolvimento de ações, nas diferentes esferas e espaços em saúde.

Em relação à enfermagem percebeu-se a importância de ampliar a relação dos docentes e discentes com as equipes de AB. Esta ampliação pode ser estabelecida por um maior tempo de aulas práticas e de estágio supervisionado ou a possibilidade de desenvolver estágios não obrigatórios e vivências na área a fim de haver maior contato dos estudantes com os diferentes profissionais das equipes. Desta mesma forma também buscar desenvolver nos profissionais das equipes um maior comprometimento com os profissionais em formação por meio do desenvolvimento de atividades que levem a criação de um olhar crítico sobre a rede, sobre os programas e de como atuar frente às dificuldades como exercício para a futura atuação, cientes das mazelas que possivelmente encontrarão como profissionais.

Quanto à contribuição, advinda do desenvolvimento da pesquisa, para os órgãos públicos como a SMS está a necessidade de maior valorização dos profissionais

qualificados (com residência e ou especialização) para atuar tanto nas ESF quanto nas unidades básicas convencionais, uma vez que a formação em saúde é generalista e esses espaços possuem diferenciadas propostas de trabalho, sendo necessário conhecer e saber atuar efetivamente neles.

Também se percebe a importância de haver espaços institucionalizados para o desenvolvimento da EPS, como as reuniões de equipe, como estratégias com objetivo de instigar a equipe a refletir como está desenvolvendo seu trabalho, uma vez que ela, por vezes, não percebe e sequer consegue problematizar situações que dificultam seu processo de trabalho, o que dificulta por sua vez perceber as reais necessidades de saúde de sua população.

As considerações específicas do estudo estão pautadas nas histórias de vida relatadas pelos profissionais. Deste modo, desde a construção deste projeto notou-se a precária atenção que se dá, especialmente no município, a EPS. Fato percebido desde as precárias condições de trabalho dos profissionais que atuam no NEPeS quanto a carga horária restrita, falta de RH e de investimentos. Percebe-se que reside neste fato, portanto a necessidade dos gestores observarem a importância da EPS como ferramenta de qualificação das equipes de saúde e por meio desta a dos serviços.

Também foi possível atentar ao fato de que as equipes de ESF que compõem a AB, apesar de terem sido há pouco tempo constituídas, menos de três anos, já apresentam sinais de desmotivação, decorrente das dificuldades relacionadas ao processo de trabalho e valorização dos profissionais, inclusive de maior qualificação. Neste sentido, cabem estudos a fim de evidenciar devidamente os fatores interventores e quais as implicações destes na resolutividade do trabalho das equipes.

A introdução de profissionais recém-formados via programas de saúde do MS, como o PROVAB e o Mais Médicos, que acabam por dificultar, por vezes, o processo de trabalho e, conseqüentemente a criação de vínculo desses com a equipe e a população devem ser evitados. Estes programas se atravessam em outros e em Estratégias já implantadas como a ESF, programa de reestruturação da AB pautada em equipe fixa com proposta de efetivar princípios e diretrizes do SUS. Ainda, a introdução de profissionais, recém-formados e normalmente com pouco conhecimento de como atuar na ESF, aliada a curta permanência destes, bem como profissionais vindos de outros países por tempo igualmente determinado acabam por minar estes espaços que deveriam estar pautados no cuidado longitudinal.

Quanto às equipes de AB pesquisadas, percebe-se a necessidade de trabalhar as diferentes formas de educação que elas mesmas desenvolvem e, isso pode ser realizado via ações de EPS desenvolvidas pela SMS. Acredita-se que se estas estiverem cientes do que desenvolvem ao se reconhecerem como protagonistas de sua própria qualificação possam perceber e entender melhor suas necessidades de EPS e, a partir disso, elas mesmas desenvolverem ações.

Além disso, é essencial que se mostre a importância do desenvolvimento de ações de EPS agregando diferentes atores, como usuários, gestores e profissionais em formação uma vez que sob diferentes olhares sobre uma mesma necessidade de saúde contribui para melhores pactuações e intervenções possam ser realizadas.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, V. S. et al. A Integração Ensino-serviço no Contexto dos Processos de Mudança na Formação Superior dos Profissionais da Saúde. **Rev. Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, p. 356–362, 2008.

ALVES, J. C. R. **Política Nacional de Educação Permanente no SUS: estudo da implementação sob a perspectiva dos gestores da Secretaria Municipal de Saúde de Teresópolis em 2006**. 2007. 184f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)- Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

ALVES, A. C. M. et al. A Estratégia Saúde da Família: motivação, preparo e trabalho segundo médicos que atuam em três distritos do município de Duque de Caxias, Rio de Janeiro, Brasil. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 159-169, 2010.

ALVES, R. **Educação Rubem Alves**. Disponível em:<http://pensador.uol.com.br/educacao_rubem_alves/>. Acesso em: 12 de out. 2012.

AQUINO, E. M. L.; MENEZES, G. M. S.; MARINHO, L. F. B. Mulher, Saúde e Trabalho no Brasil: desafios para um novo agir. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 281-290, Abr./Jun. 1995. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v11n2/v11n2a11.pdf>>. Acesso em: 20 Ago. 2012.

ASSIS, M. M. A.; ALVES, J. S; SANTOS, A. M. Políticas de recursos humanos e a (re)significação das práticas dos trabalhadores no Sistema Único de Saúde (SUS): apontamentos para o debate. **Revista Baiana de Saúde Pública**, out; v.32, n. 1, p.7-15, 2008.

AZIM, C. O. **O Processo de Trabalho na Estratégia Saúde da Família: percepção dos acadêmicos de Odontologia**. 2011. 109 f. Dissertação (Mestrado Profissionalizante em Saúde e Gestão do Trabalho)- Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí, 2011.

BARBOSA, S. P.; AGUIAR, A.C. Fatores influentes na permanência dos enfermeiros na Estratégia Saúde da Família em Ipatinga, Minas Gerais, Brasil. **Rev. APS**, v. 11, n. 4, p. 380-388, out./dez. 2008.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. 5. ed. Edições 70, LDA. 2009, 281p.

BATISTA, A. A. et al. Fatores de motivação e insatisfação no trabalho do enfermeiro. **Rev. Escola de Enfermagem**, USP, v.39, n.1, p. 85-91, 2005.

BELLO, J. L. P. **Paulo Freire e uma nova filosofia para a educação**. Vitória, 1993. Disponível em:<<http://www.pedagogiaemfoco.pro.br/per01htm>>. Acesso em: 20 out. 2012.

BEZERRA, A. L. Q. O significado da rotatividade de pessoal numa instituição de saúde privada. **Rev. Brasileira de Enfermagem**, v. 50, n. 1, 1997.

BOFF, L. **Virtudes para um mundo possível: Convivência, Respeito e Tolerância.** Petrópolis, RJ, 2006, 126p.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Ministério da Saúde. **Princípios e diretrizes para a NOB/RH-SUS.** Brasília; 2002a.

_____. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/CES Nº 3, de 7 de novembro de 2001.** Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem, 2001a. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2012.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução número 196, de 10 de outubro de 1996.** Dispõe sobre as diretrizes e as normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, out. 1996.

_____. Departamento de Atenção Básica, (DAB). Atenção Básica. **Saúde da Família.** Brasília, 2012d. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/atencaobasica.php>>. Acesso em: 04 out. 2012.

_____. Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Laboratório de Trabalho e Educação Profissional em Saúde. **Observatórios dos Técnicos em Saúde. Análise da Política de Educação Permanente em Saúde: um estudo exploratório de projetos aprovados pelo Ministério de Saúde.** Relatório Final. Rio de Janeiro, dezembro 2006a. Disponível em: <http://www.observarh.org.br/observarh/repertorio/Repertorio_ObservaRH/EPSJV-FIOCRUZ/Analise_politica_edu_permanente.pdf>. Acesso em: 05 jan. 2012.

_____. Lei n. 10.507, de 10 de julho de 2002. Cria a profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil,** Brasília, DF, jul. 2002b.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Nº 198/GM/MS em 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 Oficial da União nº 32/2004, seção I** República Federativa do Brasil, Poder executivo, Brasília, DF, 2004a. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portariagm198polos.pdf>>. Acesso em 12 set. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde/DEGES. **Educação Permanente para o SUS.** Brasília, DF, s/d. Apresentação power point. Disponível em: <http://www.sgc.goias.gov.br/upload/links/arq_168_Educacaopermanente.pptx>. Acesso em: 12 mar. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Geral da Política de Recursos Humanos. **Política de recursos humanos para o SUS: balanço e perspectivas.** Brasília; 2003.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação da implementação do Programa de Saúde da Família em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados.** Brasília: Ministério da Saúde, 2002a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. 68 p.

_____. Ministério da Saúde. Lei nº 8080/90. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, **Diário Oficial da República Federativa do Brasil em 20/09/1990**, Brasília (DF), 20 de setembro de 1990. Disponível em: <http://www.cff.org.br/Legisla%C3%A7%C3%A3o/Leis/lei_8080_90.html>. Acesso em: 20 de jun. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. 114 p.

_____. Ministério da Saúde. **Sala de Apoio à Gestão Estratégica do Ministério da Saúde.** Unidades Básicas de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. Disponível em: <<http://189.28.128.178/sage/?saude=http%3A%2F%2F189.28.128.178%2Fsage%2F&book=OK&obj=http%3A%2F%2F189.28.128.178%2Fsage%2F>>. Acesso em: 04 out. 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Sala de Apoio à Gestão Estratégica do Ministério da Saúde.** Agentes Comunitários de Saúde- ACS. Brasília: Ministério da Saúde, 2012c. Disponível em: <<http://189.28.128.178/sage/?saude=http%3A%2F%2F189.28.128.178%2Fsage%2F&book=OK&obj=http%3A%2F%2F189.28.128.178%2Fsage%2F>>. Acesso em: 04 out. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 68 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **A educação permanente entra na roda: pólos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer.** 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a. 36p.

_____. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. **Saúde da Família: avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados.** Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Curso de facilitadores de educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem Trabalho e Relações na Produção do Cuidado.** Brasília: SGTES, 2005c.

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

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. 60 p.

_____. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. ESF: balanço da estratégia e da formação dos profissionais. **RET-SUS**, v.3, n. 34, jan./fev. 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 56 p.

_____. Ministério da Educação e Cultura (MEC). Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira – **INEP**. Thesaurus Brasileiro da Educação, 2001b. Disponível em: <http://www.inep.gov.br/pesquisa/thesaurus/thesaurus.asp?te1=12217&te2=122350&te3=7081&te4=147391te&5=36714>. Acesso em: 19 dez. 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Atenção Básica em Saúde**, 2013b. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php#saudedafamilia>>. Acesso em: 10 dez. 2013.

_____. Pró-saúde: **programa nacional de reorientação da formação profissional em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, Ministério da Educação, 2007b. Disponível em: <http://www.prosaude.org/rel/pro_saude1.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2014.

_____. Resolução nº 466 de dezembro de 2012. Publicada no DOU nº 12, em 13 de junho de 2013, Seção 1, 2013a. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 21 de fev. 2014.

_____. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.087 de 21 de setembro de 2011**. Apresentação Geral do PROVAB, 2012f. Disponível em: <http://189.28.128.99/provab/sistemas/provab/legislacao.php>. Acesso em: 19 jan. 2014.

_____. Senado Federal. Secretaria Especial de Editoração e Publicações. Subsecretaria de Edições Técnicas. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Texto consolidado até a Emenda Constitucional Nº 64 de 04 de fevereiro, 2010. Brasília, 2010. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/leislação/const/com1988/CON1988_04.02.2010/CON1988.pdf>. Acesso em: 20 out. 2012.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação normativa do Programa Saúde da Família no Brasil**: monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família, 2001/2002. Brasília: Ministério da Saúde, 2004c.

_____. Sistema Único de Saúde. **Coordenação Geral de Acompanhamento e Avaliação - CGAA**. Departamento de Atenção Básica – DAB/SAS/Ministério da Saúde. Unidades Básicas de Saúde por município- Rio Grande do Sul, Janeiro de 2012, 2012e. Disponível em: [http://www.saude.rs.gov.br/upload/2012028145916ubss_por_municipio_2012\[1\].pdf](http://www.saude.rs.gov.br/upload/2012028145916ubss_por_municipio_2012[1].pdf). Acesso em: 04 out. 2012.

BRIONES, S. M. **Formación de recursos humanos en salud: una mirada pedagógica**. Desafios, Rosário, v. 1, n. 4, p. 20-25, dez. 1999.

BRUSCHINI, C. **Trabalho feminino no Brasil: novas conquistas ou persistência da discriminação?** Prepared for delivery at the 1998 meeting of the Latin American Studies Association (ECO 19). The Palmer House Hilton Hotel Chicago. Illinois: USA, 24 a 26 set., 1998.

CAMPOS, C.V.A.; MALIK, A.M. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família. **Rev. Administração Pública**. Rio de Janeiro, v.42, n.2, p. 347-68, 2008.

CARLOTO, C. M. Gênero, reestruturação produtiva e trabalho feminino. **Serviço social em revista**, Londrina, v. 4, n. 2, jan./jun. 2002. Disponível em: http://www.uel.br/revistas/ssrevista/c_v4n2_carlotto.htm. Acesso em: 04 set. 2013.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Rev. Interface Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu: São Paulo, v.9, n.16, p.161-77, set./fev., 2005b.

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

COLOMÉ, I. C. S; LIMA, M. A. D. S. Desafios do trabalho em equipe para enfermeiras que atuam no Programa Saúde da Família (PSF). **Rev. Gaúcha Enfermagem** [Internet], v. 27, n.4, p. 548-56, 2006. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4640>>. Acesso em: 25 jan. 2014.

DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Rev. Ciência Saúde Coletiva**, v. 9, n. 1, p. 7-14, 2004.

ESPÍNDOLA, P.S.; LEMOS, C. L.S; REIS, L.B.M. Perfil do profissional de nível superior na Estratégia de Saúde da Família. **Rev. Brasileira de Promoção da Saúde**. Fortaleza, v. 24, n. 4, p. 367-375, out./dez., 2011.

FIOCRUZ. Informe ENSP. **Estratégia da Saúde da Família: recursos humanos em debate**. 2010. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/detalhe/22859>>. Acesso em: 12 jan. 2014.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p.17-27, jan., 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n1/02.pdf>>. Acesso em: 04 set. 2012.

GASKELL, G. **Entrevistas individuais e grupais**. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático. 4. ed. Petrópolis: Vozes, cap. 3, p. 64-89, 2005.

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

GIL, C. R. R. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. **Cad. Saúde Pública**, v. 21, n. 2, p. 490-498, 2005.

GIRARDI, S. et al. Trabalho em saúde: tendências e perspectivas na estratégia da Saúde da Família. *Divulgação Saúde Debate*, v.45, p. 11–25, 2010.

GUEDES, C. R.; PITOMBO, L. B.; BARROS, M. E. B. Os processos de formação na Política Nacional de Humanização: a experiência de um curso para gestores e trabalhadores da atenção básica em saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 19, n. 4, p. 1087-1109, 2009.

HADDAD, Q. J.; ROSCHKE, M. A. C.; DAVINI, M. C. **Educacion Permanente de Personal de Salud**. Washington: OPS, 1994.

HENRIQUES, R. L. M. Interlocação entre ensino e serviço: possibilidades de ressignificação do trabalho em equipe na perspectiva da construção social da demanda. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs). **Construção social da demanda**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/CEPESC/ABRASCO, 2005.

KANNO, N. P.; BELLODI, P. L.; TESS, B. H. Profissionais da Estratégia Saúde da Família diante de demandas médico-sociais: dificuldades e estratégias de enfrentamento. **Rev. Saúde Sociedade**, São Paulo, v.21, n.4, p.884-894, 2012.

LACAZ, F.A.C. **Relatório técnico final do projeto de pesquisa: avaliação da gestão do trabalho como tecnologia em saúde na atenção básica do Sistema Único de Saúde no Estado de São Paulo**. Universidade Federal de São Paulo: Unifesp, 2008.

LOBATO, C. P. **Formação dos trabalhadores de saúde na residência multiprofissional em saúde da família: uma cartografia da dimensão política**. 2010. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva)-Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2010.

LUCCHESI, R. et al. Saúde mental no Programa Saúde da Família: caminhos e impasses de uma trajetória necessária. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 2033-2042, 2009.

MACHADO, M. H.; OLIVEIRA, E. S.; MOYSES, N. M. N. **Tendências do mercado de trabalho em saúde no Brasil**. Conferência Internacional sobre Pesquisas em Recursos Humanos em Saúde. Mercado de Trabalho em Saúde e Dinâmica da Oferta e Demanda.

Hotel Sheraton, Rio de Janeiro, jun. de 2010. Disponível em:<http://www.cosemsg.org.br/cosems/images/fbfiles/files/artigo_tendencias_EM_REVISO.pdf>. Acesso em: 29 dez. 2013.

MACIEL, E. L. N. et al. Avaliação dos egressos do curso de especialização em Saúde da Família no Espírito Santo, Brasil. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 2021-2028, 2010.

MARCON, S. S.; LOPES, M. C. L.; LOPES, M. B. Facilidades e dificuldades percebidas por enfermeiros na assistência à família. **Online Braz Journal Nursing**, v. 7, n.1, jul. 2008. Disponível em:<<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing>>. Acesso em: 23 jan. 2014.

MARTINS, R. M. C.; MONTRONE, A. V. G. Implementação da Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação: educação continuada e prática profissional. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 11, n. 3, 2009. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/v11n3a11.htm>>. Acesso em: 12 jun. 2013.

MASSAROLI, A.; SAUPE, R. **Distinção conceitual**: educação permanente e educação continuada no processo de trabalho em saúde. 2008. Disponível em:<<http://www.abennacional.org.br/2SITE/Arquivos/N.045.pdf>>. Acesso em: 12 mar. 2014.

MATURANA, H. ; VARELA, F. **A árvore do conhecimento**. Campinas: Psy, 1995.

MATURANA, H. **De máquinas e seres vivos**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

MATURANA, R. H. **Emoções e Linguagem na educação e na política**. Belo Horizonte: UFMG, 1998.

MERHY, E. E.; FEUERWEKER, L. C. M.; CECCIM, R. B. Educación permanente en salud uma estrategia para intervenir en la micropolítica del trabajo en salud. **Salud Colectiva**, Lanús, v. 2, n. 2, p. 147-60, 2006.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do Trabalho Vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.), **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997.

MENDONÇA, F. F. et al. Avaliação de tutores e facilitadores sobre o processo de formação de facilitadores de Educação Permanente em Saúde no município de Londrina, Paraná. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n. 5, p. 2593-2602, 2010.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do Conhecimento**. Pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MOLINER, J. **As concepções e práticas em Saúde Mental de uma equipe de Estratégia Saúde da Família**. 2011. 74 f. Dissertação (Mestrado profissional em Saúde e Gestão do Trabalho)- Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí, 2011.

MURRAY, E. J. **Motivação e emoção**. 5 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1986.

NAKAMURA, C. C. et al. Motivação no trabalho. **Maringá Management: Revista de Ciências Empresariais**. Maringá, v. 2, n.1, p. 20-25, jan.-jun, 2005.

NARVAI, P. C. Integralidade na atenção básica à saúde. Integralidade? Atenção? Básica? In: GARCIA, D. V. (Org). **Novos rumos da saúde bucal: os caminhos da integralidade**. Rio de Janeiro: ABORJ/ANS/UNESCO, 2005.

NASCIMENTO, M. S.; NASCIMENTO, M. A. A. Prática da enfermagem no Programa de Saúde da Família: a interface da vigilância da saúde versus as ações programáticas em saúde. **Rev. Ciências da Saúde Coletiva**, v. 10, n.2, p. 333-45, abr., 2005.

NAUDERER, T. M; LIMA, M. A. D. S. Práticas de enfermeiros em unidades básicas de saúde em município do sul do Brasil. **Rev. Latino-am Enfermagem**, v.16, n. 5, p. 889-94, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 27 fev. 2014.

NICOLETTO, S. C. S. et al. Pólos de Educação Permanente em Saúde: uma análise da vivência dos atores sociais no norte do Paraná. **Rev. Interface, Comunicação, Saúde, Educação [on line]**, Botucatu, v. 13, n. 30, p. 209-219, 2008.

NIETSCH E.A, et al. Política de educação continuada institucional: um desafio em construção. **Rev. Eletrônica Enfermagem [Online]** v. 11 n. 2, p. 341-8, dez. 2009. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/pdf/v11n2a15.pdf>>. Acesso em: 19 dez. 2013.

NÓBREGA, J. S. M. Perfil dos profissionais nas Equipes da Estratégia Saúde da Família em Macaíba-RN. Observatório, 2005. Disponível em: <http://www.observatorio.nesc.ufrn.br/arquivos_enviados/Texto%20two.pdf.6>. Acesso em: 12 jan. 2014.

OLIVEIRA, E. R. A. et al. Gênero e qualidade de vida percebida-estudo com professores da área da saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.17 n. 3, mar. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232012000300021&script=sci_arttext. Acesso em: 30 jun. 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, (OMS). **Oficina Regional de la organización de la salud, educacion continua**: guia para la organización de programas de educacion continua para el personal de salud. Washington, 1978.

PADOIN, S. M. M., SOUZA, I. E. O. A compreensão do temor como modo de disposição da mulher com hiv/aids diante da (im)possibilidade de amamentar. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 17, n. 3, p. 510-8, jul./set. 2008.

PASCHOAL, A. S.; MONTOVANI, M. F.; MÉIER, M. J. Percepção da educação permanente, continuada e em serviço para enfermeiros de um hospital de ensino. **Rev. Esc Enfermagem**. USP, v. 41, n. 3, p. 478-84, 2007.

PEDUZZI, M. et al. Atividades educativas de trabalhadores na atenção primária:

concepções de educação permanente e de educação continuada em saúde presentes no cotidiano de Unidades Básicas de Saúde em São Paulo. **Interface Comunicação, Saúde, Educação**, v.13, n.30, p.121-34, jul./set. 2009.

PEIXOTO, L. S. et al. Educação permanente, continuada e em serviço: desvendando seus conceitos. **Rev. Eletrônica de Enfermeria**, nº 29, jan. 2013.

PELOSI, M. B.; NUNES, L. R. O. P. Formação em serviço de profissionais da saúde na área de tecnologia assistiva: o papel do terapeuta ocupacional. **Revista Brasileira Crescimento Desenvolvimento Humano**, São Paulo, v. 3, n. 19, p. 435-444, 2009.

PEREIRA, A L. F. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n. 5, p. 1527-1534, set-out, 2003.

PIERANTONI, C. R.; VARELLA, T. C.; FRANÇA, T. Recursos humanos e gestão do trabalho em saúde: teoria para a prática. **Cadernos RH Saúde**, Brasília, v. 3, n. 1, p. 29-40, 2006.

PINTO, E. S. G.; MENEZES, R. M. P.; VILLA, T.C. S. Situação de trabalho dos profissionais da Estratégia Saúde da Família em Ceará-Mirim. *Rev. Escola Enfermagem USP*, São Paulo, v.44, n.3, set. 2010.

QUATRIN, M. D. **Prazer, sofrimento e estratégias defensivas dos agentes comunitários de saúde no trabalho**.2009. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2009.

QUINTANA, P. B.; ROSCHKE, M. A. C.; RIBEIRO, E. C. O. Educação Permanente Processo de Trabalho e Qualidade de Serviço na Saúde, (s/d). Disponível em:<http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/textos%20eps/EDUCACAO_PERMANENTE_PROCESSO_DE_TRABALHO_E_QUALIDADE_DE_SERVICO_NA_SAUDE.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2014.

RIBEIRO, E. M.; PIRES, D.; BLANK, V. L. G. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Publica**, v.20, n.2, p.438-46, 2004.

RICALDONI, C. A. C.; SENA, R. R. Educação permanente: uma ferramenta para pensar e agir no trabalho de enfermagem. **Rev. Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 6, p. 837-842, nov.-dez., 2006.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde, **4ª Coordenadoria Regional de Saúde- 4ª CRS (Santa Maria)**. Porto Alegre, 2012. Disponível em:<http://www.saude.rs.gov.br/lista/161/4%C2%AA_CRS_%28Santa_Maria%29>. Acesso em: 04 jan. 2014.

ROSENSTOCK, K.I.V.; SANTOS, S.R.; GUERRA, C.S. Motivação e envolvimento com o trabalho na Estratégia Saúde da Família em João Pessoa, Paraíba, Brasil. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v.35, n.3, p. 591-603, jul.-set. 2011.

SANCHO, L. G. et al. Rotatividade na força de trabalho da rede municipal de saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais: um estudo de caso. **Convibra Saúde**. Congresso Virtual Brasileiro de Educação, gestão e promoção da saúde, 2011. Disponível em: <saude.convibra.com.br>. Acesso em: 06 jan. 2014.

SANTA MARIA. Secretaria de Município da Saúde. Plano Municipal de Saúde. 2004-2006. **Proposta apresentada ao Conselho Municipal de Saúde**. Santa Maria- RS, 2004.

_____. Secretaria de Município da Saúde. **Postos de Saúde. Unidades de Estratégia de Saúde da Família- ESF, 2012**. Disponível em: <http://www.santamaria.rs.gov.br/saude/191-postos-de-saude>. Acesso em: 17 set. 2012.

SANTOS, A. S.; MIRANDA, S. M. R. C. **A enfermagem na gestão em atenção primária à saúde**. Barueri, SP: Manole, 2007.

SANTOS, I. E. R. **Estresse ocupacional em agentes comunitários de saúde da cidade de Aracaju-Sergipe**. 2011. Dissertação (Mestrado-Saúde e Ambiente) –Universidade Tiradentes, Aracaju, 2011. Disponível em: http://ww3.unit.br/mestrados/saude_ambiente/wpcontent/uploads/2012/04/Dissertacao-MSAItalodocx.pdf. Acesso em: 08 out. 2013.

SANTOS, N. Inteligência competitiva e gestão do conhecimento. Núcleo de estudos de inteligência da UFSC: Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação da Engenharia de Produção da Universidade Federal de Santa Catarina-UFSC, 2000.

SIMÕES, C. C. S. **Perfis de Saúde e de Mortalidade no Brasil: uma análise de seus condicionantes em grupos populacionais específicos**. OPS, OMS, Brasília, 2002.

SOUSA, M. F.; HAMANN, E. M. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, p. 1325-1335, 2009 a. Suplemento 1.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições. Diferenças e seus objetos de pesquisa. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 507-514, abr. 2005.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA. Pró-reitoria de Graduação- **Cursos de Graduação, Enfermagem**. 2012a. Disponível em: <<http://w3.ufsm.br/prograd/not.php?id=952>>. Acesso em: 02 out. 2012.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA. Centro de Ciências da Saúde (CCS). **Aulas práticas do Curso de Enfermagem**. UBS e ESF com campos de aulas práticas e estágios (2º sem/2012), 2012b.

VICENT, S. P. Educação permanente: componente estratégico para a implementação da política nacional de atenção oncológica. Seção Especial Educação permanente em atenção oncológica. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 53, n. 1, p. 79-85, 2007. Disponível em: http://www.inca.gov.br/rbc/n_53/v01/pdf/secao_especial2.pdf. Acesso em: 27 dez. 2013.

VILARINHO, S. M. M; MENDES, R. F.; PRADO, J. R. R. R. Perfil dos cirurgiões-dentistas integrantes do programa saúde da família em Teresina-PI. **Rev. Odonto Ciência**, v. 22, n. 55, p. 48-54, 2007.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO DE ENFERMAGEM DA UFSM**

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título: “Ações de Educação Permanente em Saúde desenvolvidas por equipes de Atenção Básica em Saúde”

Pesquisadora responsável: *Profa. Dra. Marlene Gomes Terra

Mestranda pesquisadora: **Enfª Mestranda Michele Raddatz

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria/Curso de Pós-Graduação em Enfermagem

Telefones para contato: *(55)3220-8029 ***(55)3220-8029

Local da coleta de dados: Unidade Básica de Saúde - Atenção Básica em Saúde

Prezado Senhor(a):

Você está sendo convidado/a para participar desta pesquisa de forma totalmente voluntária. Porém, antes de concordar em participar, é importante que você compreenda as informações contidas neste documento, pois as pesquisadoras deverão responder todas as suas dúvidas.

Você tem o direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma consequência.

Objetivo geral da pesquisa: identificar as ações de EPS desenvolvidas pelos integrantes de equipes de Atenção Básica em Saúde que recebem estudantes do Curso de Graduação do Curso de Enfermagem da UFSM.

O tema escolhido se justifica pela importância da educação permanente como eixo principal da qualificação dos serviços em atenção primária a saúde.

Procedimentos: sua participação nesta pesquisa acontecerá por meio de uma entrevista individual (conversa), que será gravada em áudio na qual a pesquisadora fará algumas perguntas. Caso você não desejar gravar sua fala, sua vontade será respeitada e isto não inviabilizará o desenvolvimento da entrevista, pois a pesquisadora tomará nota do seu relato.

A entrevista será realizada em um local de sua escolha, mas que seja reservada. O que você falar será digitado (transcrito) e as gravações serão guardadas por cinco anos sob a responsabilidade da Enfª Profª Drª Marlene Gomes Terra (orientadora desta pesquisa), em seu armário pessoal, chaveado, na sala nº 1445, localizada no quarto andar do Centro de Ciências da Saúde da UFSM, por 5 anos, após este período, serão destruídas. Somente as pesquisadoras envolvidas nesta pesquisa terão acesso às gravações.

Benefícios: as informações fornecidas por você contribuirão para aumentar o conhecimento em saúde e enfermagem, bem como, para novas pesquisas a serem desenvolvidas sobre essa temática.

Riscos: você, a princípio, não sofrerá risco. Mas poderá sentir cansaço, desconforto pelo tempo que envolve a conversa e por ter que relembrar algumas vivências que possam ter causado sofrimento. Caso isto venha acontecer, poderei concluir a entrevista e encaminhá-lo para conversar com um profissional do serviço previamente acordado.

Sigilo: ao final desta pesquisa, os resultados serão divulgados e publicados na forma de Dissertação, bem como, de artigos em Revistas Científicas de Enfermagem. As informações fornecidas por você terão sua

privacidade garantida pelas pesquisadoras responsáveis. Você não será identificado em nenhum momento. A sua identificação será através da letra P (P1, P2, P3, P4...) inicial da palavra Profissional.

Estou ciente e de acordo com o que foi anteriormente exposto, eu _____, concordo em participar desta pesquisa, assinando este consentimento em duas vias, ficando com a posse de uma delas.

Santa Maria, ____ de _____ de 2012.

Assinatura do participante

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste sujeito de pesquisa para a participação neste estudo.

Santa Maria, _____ de _____ de 20__.

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética desta pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa - CEP-UFSM Av. Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria – 7º andar – Campus Universitário – 97105-900 – Santa Maria-RS - Telefone: (55) 3220-9362
Email: comiteeticapesquisa@mail.ufsm.br

Assinatura da mestrandia pesquisadora

Assinatura da pesquisadora responsável

APÊNDICE B – Roteiro para Entrevista Semiestruturada

Projeto de pesquisa: “Ações de Educação Permanente em Saúde desenvolvidas por equipes de Atenção Básica em Saúde”

Orientadora: Profª Drª Marlene Gomes Terra

Coorientadora: Profª Drª Elisabeta Albertina Nietsche

Autora: Enfª Mdª Michele Raddatz

1 DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:

- Entrevista Nº _____ - Data _____ - Início _____ - Término _____ - Duração _____
- Sexo: _____ - Ano de nascimento: _____
- Formação: _____
- Instituição formadora: _____
- Período de realização formação formal: _____
- Qualificação adicional: _____
- Número e tipo de instituição onde já atuou: _____
- Tempo de trabalho na unidade atual: _____
- Outra atribuição/responsabilidade equipe além da assistência direta:

_____ (quero saber aqui quem é o gestor da unidade, quem são responsáveis por programas, pois acredito ser este fato importante, pois desencadeia e potencializa ações de EPS)

2 QUESTÕES ORIENTADORAS DA ENTREVISTA:

2.1 Qual sua concepção sobre a Educação Permanente em Saúde?

2.2 Quais são as ações de Educação Permanente em Saúde que a equipe desenvolve?
Como vocês fazem isso?

2.3 Estas ações de Educação Permanente em Saúde da equipe acionam mudanças na realidade dos serviços? De que tipo, como isto acontece, como percebe estas mudanças?

2.4 Quais são as potencialidades e dificuldades para o desenvolvimento da Educação Permanente em Saúde na equipe?

APÊNDICE C - TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

Título do projeto: “Ações de Educação Permanente em Saúde desenvolvidas por equipes de Atenção Básica em Saúde”

Pesquisadora responsável: * Enfa^a Prof^a Dra. Marlene Gomes Terra

Pesquisadora Coorientadora: **Enfa. Prof^a Dra. Elisabeta Albertina Nietsche

Pesquisadora mestranda: ***Enfa. Mda. Michele Raddatz

Telefone para contato: *(55) 3220-8029 E-mail: martesm@hotmail.com.br

***(55) 3220-8029 E-mail: eanietsche@gmail.com

***(55) 3220-8029 E-mail: micheleraddatz81@hotmail.com

Local da coleta de dados: Unidades Básicas de Saúde- Atenção Básica em Saúde

As pesquisadoras do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos sujeitos, cujos dados serão coletados por meio de entrevista semi-estruturada, gravadas, em um local reservado de escolha do participante. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas para execução do presente projeto, construção de um banco de dados do Grupo de Pesquisa Cuidado à Saúde das Pessoas, Famílias e Sociedade, do Departamento de Enfermagem da UFSM e os desdobramentos da pesquisa. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas sob a responsabilidade da Enfa. Profa. Dra. Marlene Gomes Terra (orientadora desta pesquisa), em seu armário pessoal, chaveado, na sala nº 1445, localizada no quarto andar do Centro de Ciências da Saúde da UFSM, por cinco anos. Após este período, os dados serão destruídos. Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM em/...../....., com o número do CAAE

Santa Maria, dede 20__.

Profa. Dra. Marlene Gomes Terra
Pesquisadora Responsável
COREN RS N° 26097

Profa. Dra. Elisabeta Albertina Nietsche
Coorientadora

Enfa. Michele Raddatz
Mestranda

ANEXO A – CARTA DE APROVAÇÃO PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA MARIA/ PRÓ-REITORIA
DE PÓS-GRADUAÇÃO E



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AÇÕES DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE DESENVOLVIDAS POR EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE

Pesquisador: Marlene Gomes Terra

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 12565113.3.0000.5346

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Maria/ Pró-Reitoria de Pós-Graduação e

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 203.833

Data da Reitoria: 19/02/2013

Apresentação do Projeto:

Resumo:

O Sistema Único de Saúde vem sendo implementado para atender com qualidade a demanda da população brasileira nos serviços de saúde. Para efetivar este atendimento a Educação Permanente em Saúde tem sido vista como uma ferramenta, pois permite articular atenção, formação, gestão e controle social para o enfrentamento dos problemas de cada equipe de Atenção Básica em Saúde em seu território. A pesquisa apresenta como questão norteadora: quais são as ações de Educação Permanente em Saúde desenvolvidas pelos integrantes de equipes de Atenção Básica em Saúde que recebe estudantes do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria? E, como objetivo geral identificar as ações de Educação Permanente em Saúde desenvolvidas pelos integrantes de Equipes de Atenção Básica em Saúde que recebe estudantes do Curso de Graduação de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa, exploratória e descritiva que será realizada com os integrantes de equipes de Atenção Básica em Saúde de um município do Rio Grande do Sul, no período de março a maio de 2013. A produção de dados será por meio de entrevista semiestruturada, gravada e, posteriormente transcrita para Análise de Conteúdo Temática. Os preceitos éticos serão respeitados conforme a Resolução Nº 196/96. Espera-se que conhecendo as ações de Educação Permanente em Saúde, e se estas acionam mudanças no serviço se possa, com maior propriedade, subsidiar e instrumentalizar a atenção,

Endereço: Av. Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria 2º andar

Bairro: Cidade Universitária - Camobi CEP: 97.105-900

UF: RS **Município:** SANTA MARIA

Telefone: (55)3220-9362

E-mail: cep.ufsm@gmail.com

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA MARIA/ PRÓ-REITORIA
DE PÓS-GRADUAÇÃO E



formação, gestão e controle social para que se busque uma maior qualidade nos atendimentos de saúde em prol da efetivação do Sistema Único de Saúde.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Identificar as ações de EPS desenvolvidas pelos integrantes de equipes de Atenção Básica em Saúde que recebem estudantes do Curso de Graduação de Enfermagem da UFSM.

Objetivo Secundário:

Caracterizar os sujeitos das equipes de Atenção Básica em Saúde; descrever as concepções dos integrantes das equipes de Atenção Básica em Saúde sobre a EPS; identificar a percepção que os integrantes das equipes possuem sobre as ações de EPS; evidenciar as potencialidades e dificuldades do desenvolvimento da EPS nas equipes.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A avaliação de riscos e benefícios demonstra que os riscos são de ordem emocional e que poderão ser trabalhados pelos próprios profissionais da UBS, já contatado pelos pesquisadores. No tocante aos benefícios, salienta-se que deve promover a qualificação dos profissionais envolvidos, bem como deve promover melhorias no processo de formação dos novos profissionais que a UFSM prepara.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um projeto de dissertação de mestrado, está muito bem estruturado, apresentando objetivos bem definidos, metodologia adequada e bem descrita, boa revisão bibliográfica, explicitando o respeito aos princípios éticos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os pesquisadores apresentam autorização institucional para realização da pesquisa, a entrevista semi-estruturada que pretendem aplicar aos participantes, TCLE e Termo de Confidencialidade adequados, mas somente o Termo de Confidencialidade está assinado.

Recomendações:

O projeto está aprovado.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria 2º andar

Bairro: Cidade Universitária - Camobi

CEP: 97.105-900

UF: RS

Município: SANTA MARIA

Telefone: (55)3220-9362

E-mail: cep.ufsm@gmail.com

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA MARIA/ PRÓ-REITORIA
DE PÓS-GRADUAÇÃO E



Considerações Finais a critério do CEP:

SANTA MARIA, 23 de Fevereiro de 2013

Assinador por:
Félix Alexandre Antunes Soares
(Coordenador)