

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
ESCOLA DE ENFERMAGEM E FARMÁCIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM - MESTRADO

EMILLY SOUZA MARQUES

**EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE PARA EQUIPES DE SAÚDE DA
FAMÍLIA: PERCEPÇÕES, PRÁTICAS E DESAFIOS**

MACEIÓ
2016

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
ESCOLA DE ENFERMAGEM E FARMÁCIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM - MESTRADO

EMILLY SOUZA MARQUES

**EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE PARA EQUIPES DE SAÚDE DA
FAMÍLIA: PERCEPÇÕES, PRÁTICAS E DESAFIOS**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado, da Escola de Enfermagem e Farmácia da Universidade Federal de Alagoas, vinculada ao grupo Rede de Pesquisa e Prática em Trabalho, Educação e Saúde Coletiva/ CNPq como requisito para obtenção do Grau de Mestre.

Orientadora: Prof^a Dra. Débora de Souza Santos

Co-orientadora: Prof^a Dra. Célia Alves Rozendo

MACEIÓ
2016

Catálogo na fonte
Universidade Federal de Alagoas
Biblioteca Central
Divisão de Tratamento Técnico Bibliotecário
Bibliotecário Responsável: Valter dos Santos Andrade

M357e Marques, Emilly Souza.
Educação permanente em saúde para equipes de Saúde da Família: percepções,
práticas e desafios / Emilly Souza Marques. – 2016.
132 f. : il.

Orientadora: Débora de Souza Santos.

Coorientadora: Célia Alves Rozendo.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Alagoas.
Escola de Enfermagem e Farmácia. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.
Maceió, 2016.

Bibliografia: f. 97-125.

Apêndices: f. 125-127.

Anexos: f. 128-132.

1. Educação permanente. 2. Atenção primária à saúde. 3. Estratégia saúde da
família. 4. Processo de trabalho. I. Título.

CDU: 616-083:37

Folha de Aprovação

AUTOR: EMILLY SOUZA MARQUES

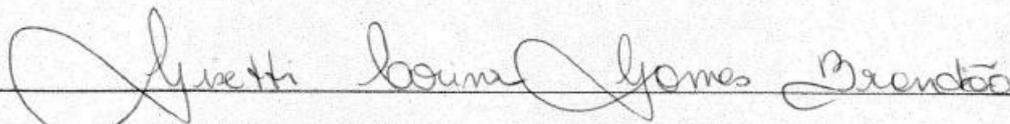
Educação Permanente em Saúde para equipes de Saúde da Família: percepções, práticas e desafios. Dissertação de Mestrado em Enfermagem, da Universidade Federal de Alagoas, na forma normaliza e de uso obrigatório.

Dissertação submetida ao corpo docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas, aprovada em 16 de dezembro de 2016.

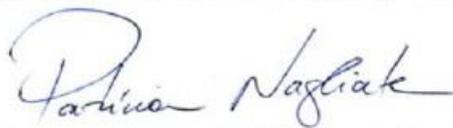


Prof.ª Dr.ª Débora de Souza Santos UFAL/ESENFAR (Orientadora)

Banca Examinadora:



Prof.ª Dr.ª Gisetti Corina Gomes Brandão UFCG (Examinadora Externa)



Prof.ª Dr.ª Patrícia de Carvalho UFAL/ESENFAR (Examinadora Interna)

Ao meu Pai, homem que lutou até o último suspiro para oferecer o melhor para mim. Exemplo de honestidade e amor. Obrigada por tudo!
Um dia a gente vai se encontrar!

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, grande Mestre, que sempre conduziu meu caminho da melhor forma. Meu melhor amigo de todas as horas, sempre esteve ao meu lado, sussurrando e me fornecendo esperança nessa trajetória árdua.

A minha **Mainha**, por ser meu anjo protetor nessa vida. Essa mulher que nasceu para o exercício da maternidade, que sempre cuidou de mim como porcelana, chora e ri junto comigo. Sem ela não conseguiria ter chegado até aqui.

Ao meu **Painho**, que onde estiver, está sendo minha luz, intercedendo por mim. Esse ser que me deixou aqui, logo no desenvolver desse trabalho. A dor vai diminuindo a cada dia, mas a saudade não. Seu sorriso, seu carinho e proteção estão mais presentes que nunca em minha memória. Obrigada pai, por ter me feito evoluir como pessoa, mesmo no sofrimento das noites mais escuras e angustiantes dos hospitais, me ensinou a cuidar, além do aprendizado da academia.

A minha **irmã** Ellen que me incentivou no desenrolar desse trabalho e me ajudou a ter mais tranquilidade.

A minha **companheira** de vida Cristina Santos, que sempre teve paciência nos momentos mais difíceis e ficou ao meu lado me incentivando e oferecendo colo quando precisei. Obrigada por tudo, por seu amor e dedicação.

As minhas queridas **amigas Luanna, Beatriz e Hulda** que estiveram comigo me apoiando com palavras e atitudes de carinho e força.

A minha orientadora **Prof^a. Débora de Souza Santos**, que sempre acreditou no meu potencial, me defendeu em todos os momentos, caminhou e respeitou meu tempo, mesmo com todas as pressões. Sua espontaneidade e leveza são aprendizados que levarei comigo na vida. Sinto-me privilegiada de ter sido sua primeira orientanda de mestrado e serei eternamente grata por todos os ensinamentos. Espero que nossos caminhos ainda se cruzem muito!

As estudantes de enfermagem **Camila, Nataly e Marília** que enfrentaram aventuras jur comigo para o desenvolvimento desse trabalho. Obrigada meninas por tudo mesmo!

A **Escola de Enfermagem e Farmácia**, em especial ao **Curso de Enfermagem e Pós-Graduação em Enfermagem**, minha casa para onde desejo voltar, pela formação crítica e reflexiva.

À **Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Alagoas – Fapeal**, Edital PPSUS/2016, pelo auxílio financeiro concedido para realização da pesquisa.

Aos **membros da banca examinadora**, Prof.^a Dr.^a Patrícia de Carvalho Nagliate e Prof^a Dr.^a Gisetti Corina Gomes Brandão, pela disponibilidade em ajudar e pelas valiosas contribuições.

Aos **profissionais das equipes de Saúde da Família** pelo acolhimento, paciência e disponibilidade para contribuírem para minha formação profissional.

E a **todos** aqueles que, de alguma forma, contribuíram para a chegada até aqui, minha eterna gratidão!

Quanto mais investigo o pensar do povo com ele, tanto mais nos educamos juntos. Quanto mais nos educamos, tanto mais continuamos investigando.

Paulo Freire

RESUMO

Trata-se de um estudo que teve como objetivo analisar as percepções, práticas e desafios relacionados à Educação Permanente em Saúde de equipes de Saúde da Família de Maceió, Alagoas. Para isso, desenvolveu-se uma investigação exploratória, com abordagem qualitativa, utilizando as seguintes técnicas para coleta de dados: instrumento de caracterização dos participantes e de autoavaliação sobre Educação Permanente e qualificação das equipes; e Grupo Focal. Participaram do estudo 32 trabalhadores, atuantes de 04 equipes de Saúde da Família do município. Após gravação e transcrição dos grupos focais, o material empírico foi organizado, categorizado e analisado de acordo com a técnica de Análise de Conteúdo, na modalidade temática. O referencial teórico da educação dialógica, de Paulo Freire, foi adotado para a compreensão crítica da configuração do processo de trabalho como campo fecundo de processo de aprendizagem/emancipação ou alienação/subordinação, considerando as relações estabelecidas entre os homens e sua forma de atuação frente a realidade, bem como sua potencialidade para transformação da *práxis* em saúde. Os resultados evidenciaram a emersão dos seguintes temas: I) Percepções de Educação Permanente em Saúde – o pensar do trabalhador: no qual as equipes manifestaram contradições na definição da Educação Permanente, apresentando-a ora como sinônimo de Educação Continuada, ora como repasse de conhecimentos para a população e ora sinalizando a Educação Permanente em um movimento de ação-reflexão-ação; II) Práticas de Educação Permanente em Saúde - o fazer do trabalhador: no qual as equipes vincularam às práticas de Educação Permanente desenvolvidas nos serviços à reuniões de equipe, grupos educativos em saúde e participação em eventos científicos; e III) Desafios e possibilidades de Educação Permanente em Saúde - o olhar do trabalhador: no qual as equipes apontaram, como principais desafios enfrentados, a hegemonia do modelo biomédico, a divisão técnica e hierárquica, sobrecarga e condições de trabalho precárias; e dificuldades referentes a articulação e resolutividade dos serviços que compõem a rede de atenção à saúde. Os trabalhadores enfatizaram como possibilidades de desenvolvimento da Educação Permanente o fortalecimento do trabalho em equipe, o cuidado de si e o Apoio Matricial na Atenção Básica. A conclusão do estudo aponta que o contexto dos trabalhadores se encontra imerso de potencialidades e avanços, já sendo possível identificar pontos de transição para uma nova forma de fazer saúde, na perspectiva do diálogo e construção coletiva. Alguns exemplos de potencialidades identificadas foram o reconhecimento da necessidade da educação como prática constante interligada ao cotidiano do trabalho, a articulação com universidades e Núcleos de Apoio à Saúde da Família, e a interação, amizade e vínculo construídos entre profissionais das equipes.

Descritores: Atenção Primária à Saúde, Estratégia Saúde da Família, Processo de Trabalho, Educação Permanente.

ABSTRACT

The study aimed to analyze the perceptions, practices and challenges related to Permanent Education in Health from interprofessional teams of Family Health Strategy in Maceió, Alagoas, Brazil. Therefore, a qualitative research was developed with the following data collection techniques: tool for characterization, self-assessment in relation of Permanent Education and teams qualification; and Focus Group. In Maceió city, 32 health professionals from 04 Health Family teams took part of the research. After record and transcript the focus groups, the empirical material was organized, categorized and analyzed considering the Content Analysis, in thematic modality. The dialogic education theory, from Paulo Freire, was adopted for critical comprehensive of work process configuration as a fruitful field for learning/emancipation or alienation/subordination, in regard of the relation between men and their acting in face to reality, and their potentiality to change the praxis in health. The results demonstrated the following themes: I) Perceptions of Permanent Education in Health – the professional thinking: in which the teams showed contradictions in Permanent Education definition, presenting as a synonym of Continuing Education or transmission of knowledge to population or pointing the Permanent Education in a action-reflection-action movement. II) Practices of Permanent Education in Health – the professional acting: in which the teams linked the practices of Permanent Education developed in the health services with team's meetings, educative groups in health and participation in scientific events. And III) Challenges and possibilities of Permanent Education in Health – the professional looking: in which the teams pointed as mainly challenges: to face the hegemony of biomedical model, the technical and hierarchical division of work; overwork and poor working conditions; and difficulties related to the articulation and resolution capacity of the services that compose the health care network. The professionals emphasized the strengthening of interprofessional team work, the self-care and the Matricial Support in Primary Health Care as possibilities to develop the Permanent Education. The study conclusion point to a professional context immerse in potentialities and advances, already being possible to identify transition points conducing to a new model to make health, in a perspective of dialogue and collective construction. Some examples of potentialities identified were: the recognition of the need for education as constant practice interlinked to daily work, the articulation with universities and Centers of Health Family Support, and the interaction, friendship and bond developed among the professionals of health teams.

Keywords: Primary Health Care, Family Health Strategy, Work Process, Education Continuing.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Localização das Unidades de Saúde investigadas, segundo bairro e Distrito Sanitário, Maceió-AL, 2016.....	43
Figura 2 -	Estrutura do instrumento Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica.....	46
Figura 3 -	Modelo de convite para participação do Grupo Focal.....	48
Figura 4 -	Mapa Mental temático referente aos temas e núcleos de sentido emergidos da categorização, construído com o programa <i>FreeMind</i> ®.....	50

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Classificação da autoavaliação sobre Educação Permanente e qualificação das equipes, conforme instrumento Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica 2016, Maceió-AL-2016 (n=32).....	52
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACD	Auxiliar de Consultório Dentário
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AMAQ	Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
CIES	Comissão de Integração Ensino Serviço
CIR's	Comissões Intergestores Regionais
CNPQ	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CORA	Central de Regulação dos Serviços de Saúde em Alagoas
DCN	Diretriz Curricular Nacional
EC	Educação Continuada
EP	Educação Permanente
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
GF	Grupo Focal
IES	Instituições de Ensino Superior
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PET-Saúde	Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PPSUS	Programa Pesquisa para o SUS
Pró-Saúde	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
PROVAB	Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RUTE	Rede Universitária de Telemedicina
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SESAU	Secretaria de Estado da Saúde de Alagoas
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUAS	Superintendência de Atenção à Saúde
SUPLAG	Superintendência de Planejamento, Gestão e Participação Social
SURAUD	Superintendência de Regulação e Auditoria
SUS	Sistema Único de Saúde
SUVISA	Superintendência de Vigilância à Saúde
TIC	Tecnologia da Informação e Comunicação
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFAL	Universidade Federal de Alagoas
UNCISAL	Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO: DO CAMINHO PERCORRIDO E APROXIMAÇÃO AO OBJETO DE ESTUDO.....	15
1. INTRODUÇÃO: DAS REFLEXÕES INICIAIS SOBRE O OBJETO DE ESTUDO.....	18
2. RESGATE SOBRE A PROBLEMÁTICA DO ESTUDO: HISTÓRICO, CONCEITOS E CONTEXTO.....	23
2.1 Educação Permanente: trajetória histórica e conceitos.....	23
2.2 Educação Permanente como proposta da política de saúde no Brasil e no mundo.....	27
2.3 Educação Permanente em Saúde: refletindo as práticas no processo de trabalho em saúde.....	30
3. REFERENCIAL TEÓRICO: EM BUSCA DE PROCESSOS EDUCATIVOS MAIS DIALÓGICOS À LUZ DE PAULO FREIRE.....	35
4. PERCURSO METODOLÓGICO: PASSOS PARA CONCRETIZAÇÃO DO ESTUDO.....	41
4.1 Tipo de estudo.....	41
4.2 O cenário do estudo	42
4.3 Os participantes do estudo.....	43
4.4 Procedimentos éticos do estudo.....	43
4.5 As técnicas de coleta de dados.....	45
4.6 Análise do material empírico	49
5. APROXIMANDO-SE DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO: DA CARACTERIZAÇÃO E AUTOAVALIAÇÃO.....	51
5.1 Conhecendo os participantes do estudo.....	51
5.2 Autoavaliação das equipes sobre EP e sua qualificação.....	52
6. RESULTADOS DO ESTUDO: DESVENDANDO O PENSAR, O FAZER E O OLHAR DO TRABALHADOR.....	55
6.1 Tema I - Percepções de EPS: o pensar do trabalhador.....	55
6.2 Tema II - Práticas de EPS: o fazer do trabalhador.....	68
6.3 Tema III - Desafios e possibilidades de EPS: o olhar do trabalhador.....	76
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	94
REFERÊNCIAS.....	97
APÊNDICE A: FICHA DE CARACTERIZAÇÃO DOS TRABALHADORES	126
APÊNDICE B: ROTEIRO PARA GRUPO FOCAL.....	127
ANEXO A: AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA.....	128

ANEXO B: CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	129
ANEXO C: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	130

APRESENTAÇÃO: DO CAMINHO PERCORRIDO E APROXIMAÇÃO AO OBJETO DE ESTUDO

Antes de iniciar o detalhamento acerca do objeto, objetivos e problemática do estudo, neste espaço explícito, de forma breve, os caminhos percorridos que me instigaram a adentrar no campo da Saúde Coletiva, com foco mais especificamente na Educação Permanente em Saúde (EPS).

Em 2007 ingressei no curso de graduação em Enfermagem na Universidade Federal de Alagoas (Ufal). Nesse momento, docentes e discentes de Enfermagem iniciavam discussões acerca da reforma curricular do curso e, como representante do Centro Acadêmico, tive a oportunidade de participar de oficinas realizadas com o apoio do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), em que já pude observar, mesmo que de forma primária, a construção compartilhada para identificação de fragilidades e possíveis propostas para reorientação curricular.

É possível destacar que já conhecia a importância da ênfase na Atenção Básica desde as práticas na graduação, em que o principal ponto de discussão era a formação crítica e reflexiva, voltada para o atendimento das reais necessidades da população em nosso Estado. Durante as oficinas pude refletir sobre a importância da execução do que se estava planejando, principalmente no que se referia à articulação entre as disciplinas, e, além disso, me motivava o fato da universidade se consistir em um lugar diferenciado, um lugar que permitia essa discussão e a livre expressão. Assim, as oficinas foram meu primeiro passo em busca do desenvolvimento de atividades além da sala de aula.

Durante o período de 2009 a 2011, fui bolsista do Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde (PET-Saúde). Essa experiência me fez vivenciar o processo de trabalho das equipes de saúde de Unidades de Saúde da Família (USF), acompanhando e desenvolvendo atividades, tais como reuniões de equipe, grupos educativos, visitas domiciliares e atendimentos individuais. A interdisciplinaridade era estimulada em todos os momentos, oportunizando espaços de discussão e compartilhamento de experiências, incluindo planejamento coletivo junto aos outros cursos da área da Saúde.

Referindo-se à EPS, notava dificuldade das enfermeiras em desenvolver práticas *in loco* junto à equipe, principalmente pela sobrecarga de atribuições e demanda de atendimentos. Porém, a equipe de estudantes chegou a identificar, através dos relatos dos trabalhadores, necessidades e problemas que poderiam ser foco de intervenção, tendo em vista a melhoria da assistência prestada. Assim, foram desenvolvidas rodas de conversa sobre

diversos temas, como, por exemplo, a aplicação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) na Saúde Coletiva. Mesmo adotando metodologia dinâmica e interativa, essas ações possuíam características ainda bem voltadas para a Educação Continuada (EC), de forma pontual, verticalizadas, em ambientes externos ao de trabalho e voltadas para uma categoria profissional, no caso, a enfermagem.

Nesse mesmo período ainda pude participar como estudante voluntária de Iniciação Científica, me aproximando da pesquisa, especialmente no que dizia respeito à análise do perfil epidemiológico e estratégias de gestão em saúde, na realidade de Maceió-Alagoas. Nessa pesquisa constatamos o panorama dos indicadores de saúde locais ainda muito aquém das metas pactuadas nacionalmente.

Pude confirmar essa realidade ainda tão marcante de vulnerabilidade e exclusão social no Estado a partir das experiências obtidas após a graduação, através da Residência Multiprofissional em Saúde da Família pela Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (Uncisal), durante o período de 2012 a 2014, e do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB), de 2014 a 2015. Através das experiências assistenciais e gerenciais, pude reforçar a dificuldade para desenvolvimento de práticas de EP no ambiente de trabalho, ainda prevalecendo com regular frequência ofertas pontuais de capacitações verticais e descontextualizadas, o que gerava grande desconforto.

No início de 2015, ingressei no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (Mestrado), da Escola de Enfermagem e Farmácia da Ufal, estando vinculada ao Grupo Rede de Pesquisa e Prática em Trabalho, Educação e Saúde Coletiva. Ressalto que exerço atividades docentes desde 2012, inicialmente em Escola Técnica de Enfermagem e, posteriormente, em faculdades privadas. Atualmente atuo na coordenação de estágio curricular supervisionado de Enfermagem e de projeto de extensão voltado para educação popular em saúde em uma faculdade de Enfermagem de Maceió/AL.

Desse modo, a experiência acumulada inserida no Sistema Único de Saúde (SUS) desde a graduação, as inquietações sobre as dificuldades vivenciadas no contexto da Atenção Básica em Alagoas, o predomínio do modelo de atenção valorizando o aspecto biologicista e tecnicista ainda presente nos serviços, as fragilidades da formação e qualificação na área da Saúde, junto à observação de desmotivação entre os trabalhadores, fomentaram meu interesse para aprofundamento sobre a EPS, acreditando que esta constitua ferramenta potente para reflexão e mudanças do trabalho em Saúde.

Destaco como ponto disparador para o delineamento do objeto deste estudo a pesquisa “Avaliação das Atividades de Educação Permanente em Saúde no Estado de Alagoas”,

conduzida por docentes do curso de Enfermagem da Escola de Enfermagem e Farmácia, entre 2013 e 2016, com apoio do CNPq, em 2013. Essa pesquisa de avaliação foi realizada com profissionais de enfermagem das USF e Unidades Básicas de Saúde (UBS) dos municípios de Maceió e Arapiraca, e seus resultados sinalizaram para a aparente incoerência relativa à frequência semestral e participação da maioria dos trabalhadores nas capacitações oferecidas pelas Secretarias Municipais de Saúde (SMS), em contraposição à necessidade expressa por esses profissionais de outras capacitações em algum tema/conteúdo, e ainda a avaliação regular que destinaram à metodologia utilizada nos eventos já presenciados. Destacou-se que a estratégia mais utilizada para essas capacitações foi a palestra, o que pode implicar ainda na predominância da metodologia tradicional na prática, na forma do que se conhece por EC.

Esses aspectos foram evidenciados através da abordagem quantitativa, o que nos sinalizou a necessidade de irmos além das expressões numéricas, através da busca da compreensão dos elementos que circundam esses fenômenos entre os trabalhadores no contexto da Atenção Básica. Desse modo, emergiu o objeto do presente estudo: **as percepções, práticas e desafios relacionados à EPS de equipes de Saúde da Família da cidade de Maceió, Alagoas.**

1. INTRODUÇÃO: DAS REFLEXÕES INICIAIS SOBRE O OBJETO DE ESTUDO

A Educação Permanente (EP) ao longo dos anos esteve vinculada a diferentes raízes, programas e perspectivas, iniciando sua proposta como uma necessidade ao processo de industrialização. A partir das discussões disparadas pela Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (Unesco), inicia-se a associação do conceito ao estreitamento entre trabalho e aprendizagem e ao exercício de uma cidadania ativa. Dessa forma, a EP pode ser considerada como um conceito que engloba a formação total do homem, segundo um processo que prosseguirá durante a vida, implicando em sistema complexo, coerente e integrado, fornecendo os meios convenientes à resposta para as aspirações de ordem educativa e cultural de cada indivíduo (WERTHEIN, CUNHA, 2000; VIEIRA, 2013).

Percebe-se que a característica conferida de “permanente” ou também denominada de “aprendizagem ao longo da vida” traz o sentido amplo do processo educativo, ao passo que contrapõe a divisão por modalidades, níveis ou ciclos, independentemente da idade e do ser formal ou não formal, podendo ser concretizada nos diversos cenários de aprendizagem. De acordo com Schwartz (1969), a EP tem por objetivo tornar toda pessoa capaz de melhor compreender o mundo técnico, social e cultural que a rodeia, de torná-la capaz de se situar no seu meio, de o influenciar, procurando ser verdadeiramente agente de mudança.

Dessa forma, ultrapassa a compreensão de atualização, reciclagem e promoção profissional dos adultos, incorporando a lógica de ampliação das possibilidades de educação, quer se trate de dar resposta à sede de conhecimento, de beleza ou de superação de si mesmo, ou ainda ao desejo de aperfeiçoar e ampliar as formações estritamente ligadas às exigências da vida profissional, incluindo as formações práticas (UNESCO, 1996).

Na área da Saúde a EP foi desenvolvida baseada em três vertentes teóricas, a saber: 1) Como desdobramento da educação popular ou da educação de jovens e adultos, proposta por Paulo Freire; 2) Como desdobramento do Movimento Institucionalista em Educação, caracterizada fundamentalmente pela produção de René Lourau e George Lapassade, considerando que a educação se efetiva com a reformulação da estrutura e do processo produtivo em si, trazendo a noção de autoanálise e autogestão; e 3) Como desdobramento de movimentos de mudança na formação dos profissionais, gerando a análise das construções pedagógicas em serviços de saúde, na EC para o campo da Saúde e na educação formal de profissionais de Saúde (CECCIM, 2005a).

Com a implantação do SUS ocorreram várias reflexões no que se refere à necessidade de ampliação da perspectiva da EPS para além da dimensão instrumental. Esse aspecto se justifica pela própria natureza do processo de trabalho em saúde, visto que é marcado por relações, intersubjetividade, incertezas e descontinuidades, inviabilizando a ideia de padronização das atividades a serem desenvolvidas, trazendo então a articulação da EPS com a prática e a realidade do trabalho (PEDUZZI, 2013).

Desse modo, no presente estudo, entende-se a EPS em uma perspectiva de construção coletiva dos saberes, sendo necessário diferenciá-la das tradicionais capacitações ou aulas de EC, que frequentemente acontecem descontextualizadas da realidade prática. Nesse sentido, para construção do processo de EPS, é necessário partir da problematização do trabalho e, conseqüentemente, da sensibilização dos trabalhadores sobre seu contexto de atuação e sua responsabilidade no processo permanente de aprendizagem (BARTH et al, 2014).

No Brasil, desde 2004, a EPS é reconhecida pelo Ministério da Saúde (MS) como política de educação e trabalho em saúde, e não somente como estratégia para o desenvolvimento da qualidade do trabalho, adotando como eixo central o trabalho como fundamento educativo e transformador da realidade. A política ancora-se em três fundamentos principais: a micropolítica do trabalho vivo, método da roda e problematização/aprendizagem significativa e, além disso, defende a possibilidade de fazer essa educação com sujeitos comprometidos e com capacidade de gerar resolutividade aos problemas da saúde pública brasileira (LEMOS, 2016).

Em Alagoas, vem sendo discutidos e elaborados Planos Estaduais de EPS e Planos por Macrorregião de Saúde, a fim de consolidar a Política Nacional no Estado, contando com o envolvimento de membros titulares e suplentes da Comissão de Integração Ensino-Serviço (CIES) Estadual, de superintendentes da Secretaria de Estado da Saúde (Sesau), da Superintendência de Vigilância à Saúde (Suvisa), da Superintendência de Atenção à Saúde (Suas), da Superintendência de Regulação e Auditoria (SURAUD), da Superintendência de Planejamento, Gestão e Participação Social (Suplag), de áreas técnicas da Sesau, de coordenadores das 10 Comissões Intergestores Regionais (CIR's) e representantes de instituições de ensino e das residências multiprofissionais em Saúde da Ufal e Uncisal (SESAU, 2015a).

Esse processo tem por objetivo principal tornar os planos instrumentos de trabalho, ao considerar as realidades dos territórios, respeitando sua dinâmica e as múltiplas determinações, trazendo a necessidade de constantes avaliações. Através da avaliação do Plano Estadual de EPS 2012-2015, foram apontados como dificuldades principais o não

alcance das metas sobre a cobertura de 100% da política de EPS no Estado por particularidades, a localização geográfica e a estrutura própria dos municípios; a fragmentação/distanciamento existente entre a formação acadêmica e a realidade prática; a percepção de que não há incorporação por parte dos gestores sobre a importância da política para o seu território, ainda que haja todo um arcabouço legal e financeiro para a implantação e implementação; o desconhecimento dos profissionais acerca do conceito de EPS e o não reconhecimento enquanto atores integrantes do processo em seus locais de trabalho (SESAU, 2015a).

Acrescenta-se a isso, como necessidade específica da 1ª Macrorregião de Saúde de Alagoas, onde Maceió está situada, a adoção de diferentes modalidades de ensino nos processos educativos de curto, médio e longo prazo, que utilize metodologias ativas, com conteúdos relacionados ao ambiente de trabalho e atividades realizadas durante o horário de trabalho. Também foi relatada pelos trabalhadores de Saúde a necessidade de envolver os profissionais de todos os níveis de atenção à saúde no planejamento e nas pactuações como estratégia de mudanças de postura, implicando na melhoria da qualidade dos serviços (SESAU, 2015b).

Ao mesmo tempo, já são registrados avanços, como, por exemplo, a aproximação e o diálogo permanente entre o ensino e o serviço, o apoio das instituições de ensino na formação dos trabalhadores e a inclusão de estudantes nas discussões da CIES através do PET-Saúde e do Programa Mais Médicos. Porém, se reforça ainda a necessidade de diálogo, de construção e de reconstrução do fazer saúde em ato, no momento presente, estimulando a inclusão das equipes multidisciplinares na problematização e na definição de respostas às questões que se apresentam no mundo do trabalho (SESAU, 2016).

Desse modo, dentre as ações prioritárias definidas no Plano Estadual para o quadriênio 2016-2019, destacam-se: promover o envolvimento dos gestores na valorização da EPS nos municípios; ampliar os espaços de EPS, fortalecendo principalmente a Atenção Primária; promover espaços de divulgação das experiências exitosas no âmbito da EPS; avaliar o impacto da formação nas práticas de saúde; elaborar ferramenta para interação entre usuários, trabalhadores, gestores e instituições de ensino e fomentar pesquisas na área (SESAU, 2015a).

Nesse contexto, corroborando com o apontamento de que a EPS se configura uma necessidade dos trabalhadores em Alagoas e que estão sendo investidos recursos para aprofundamento da questão no Estado, ocorreu a primeira aprovação de financiamento do estudo desenvolvido de avaliação das atividades de EPS pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ), sendo este de suma importância para o

desdobramento e o desenvolvimento do presente estudo e a continuidade de fomento de recursos pelo Programa Pesquisa para o SUS (PPSUS).

Diante desse quadro conjuntural, este estudo foi desenvolvido a partir da seguinte questão norteadora: como as percepções, práticas e desafios relacionados à EPS se apresentam para as equipes de saúde da família?

Para tal, o objetivo foi analisar as percepções, práticas e desafios relacionados à EPS de equipes de Saúde da Família de Maceió, Alagoas.

O estudo encontra-se em consonância com as diretrizes do MS, no sentido de possíveis modificações no processo de trabalho, especialmente no que se refere à qualificação da atenção e da gestão em saúde, e corrobora com uma necessidade de investimento no empoderamento dos trabalhadores da Estratégia Saúde da Família (ESF) para ampliação da capacidade reflexiva e qualificação do seu trabalho, valorizando o protagonismo dos sujeitos e sua capacidade criativa (SANTOS, 2014; SILVA et al, 2016).

Torna-se importante porque pode contribuir para o entendimento do contexto dos trabalhadores de Saúde, considerando as especificidades regionais. Ancorado pela lógica da EPS, pode ainda disparar processos de reflexão acerca do processo de trabalho e subsidiar o desenvolvimento e/ou aprimoramento de dispositivos que viabilizem processos promotores de mudanças positivas, no âmbito da ESF.

Além disso, pode ainda ser utilizado como base por instâncias gestoras a fim de avaliar as atividades de EPS que estão sendo desenvolvidas nesse cenário, pois, através do conhecimento científico, pode-se conhecer a realidade local e subsidiar o planejamento em saúde baseado em reais necessidades.

Vale ainda destacar que este estudo foi desenvolvido por enfermeiras, o que representa um significado particular, ao passo que dispara processo de repensar das práticas, incluindo o favorecimento da participação na tomada de decisão e a articulação com os membros da equipe de saúde. Esse fato se torna relevante, pois, nos dias atuais, é possível identificar profissionais de enfermagem carentes de reflexão em seus cenários de prática e principalmente com dificuldades em mudar padrões cuidadores instituídos (PEREIRA, BARBOSA, VERNASQUE, 2014).

Além disso, Fagundes, Rangel e Carneiro (2016), tendo como objetivo analisar como se processa a EPS no contexto do trabalho da enfermeira, realizaram pesquisa descritiva e interpretativa, com abordagem qualitativa, a partir de grupos de discussão com 63 enfermeiras e com especialistas no campo do trabalho em enfermagem e da EPS dos estados da Bahia, Mato Grosso do Sul, Piauí, Alagoas, São Paulo, Rio de Janeiro, Paraíba, Goiás, Maranhão,

Brasília e Minas Gerais, identificando que a EPS ainda é pouco compreendida pelas enfermeiras e, na maioria das vezes, identificada como capacitações e treinamentos, sem vinculação direta com a problematização de situações do trabalho. Porém, essas profissionais reconhecem que essa prática pode favorecer o desempenho das suas funções gerenciais e conferir mais autonomia e organização ao processo de trabalho.

Assim, apesar dos entraves ainda existentes, percebe-se que historicamente a enfermeira tem sido a profissional que mais tem se ocupado das ações educativas, atuando na perspectiva da promoção da saúde e integração, com base pedagógica crítica, que reconhece a aprendizagem significativa, incluindo em suas práticas o desenvolvimento das dimensões das competências técnicas, relacionais/comunicacionais e éticas/políticas. Desse modo, além da competência técnica, a qual visa a procedimentos corretos e seguimento de protocolos, as enfermeiras apontam suas expectativas em relação à EPS para o fortalecimento de criação de espaços para comunicação e interação no ambiente de trabalho e articulação teoria-prática, gerando resultados concretos na qualidade da assistência prestada (MANENTI et al, 2012; SALUM, PRADO, 2014; FAGUNDES, RANGEL, CARNEIRO, 2016).

Nesse sentido, considerando esse conjunto de aspectos, seguiremos com o desafio de resgatar os principais elementos conceituais e políticos acerca da EPS, apresentando também particularidades do *locus* do estudo, a Atenção Básica, com a finalidade de subsidiar o aprofundamento da compreensão das falas e relações estabelecidas pelos trabalhadores.

2. RESGATE SOBRE A PROBLEMÁTICA DO ESTUDO: HISTÓRICO, CONCEITOS E CONTEXTO

2.1 Educação Permanente: trajetória histórica e conceitos

No cenário internacional é antiga a preocupação acerca da ideia de educação prolongada e contínua como uma necessidade. Na China, por exemplo, o filósofo Lao-Tsé, séculos antes de Cristo, já afirmava que “todo estudo é interminável”. Em 1792, Condorcet reforçou que a “instrução não deveria abandonar os indivíduos no momento em que saem da escola, deveria abranger todas as idades, já que não há idade em que não seja útil e possível aprender”. Além disso, em 1938, Gaston Bachelard, na França, afirmou que “uma cultura bloqueada no tempo escolar é a negação da própria cultura científica. Sem escola permanente, não existe ciência” (GADOTTI, 1982).

Reportando-se ao histórico do termo EP, é possível afirmar que esse foi citado pela primeira vez somente em 1955, no projeto de reforma elaborado pela Liga Francesa de Ensino, sendo-lhe atribuído os seguintes objetivos: assegurar, depois da escola, a manutenção da instrução e da educação recebida; prolongar e completar, além da formação e da atividade profissional, a educação física, intelectual e estética da juventude até o exercício da cidadania; permitir o aperfeiçoamento, a complementação, a renovação ou a readaptação das capacidades em todas as épocas da vida; facilitar a atualização dos conhecimentos e a compreensão dos problemas do país e do mundo; e permitir a todos usufruir do patrimônio da civilização e de seu constante enriquecimento (GADOTTI, 1982).

De acordo com Gadotti (1982), a EP se difundiu na sociedade a partir da segunda metade do século 19, de modo que, até 1970, 5.564 títulos sobre a temática foram publicados em francês, passando a ser uma ideia da Unesco e disseminada pelo projeto “Cidade Educativa”, assumido por diversos países, inclusive o Brasil. Vale ressaltar que o cenário brasileiro, em meados de 1968, foi marcado pelo movimento estudantil às ruas, gerando preocupação por parte das autoridades internacionais, motivo que levou o país a implantar novo modelo escolar, no qual o lema era “façam universidade durante toda a vida, mas não façam a guerra”.

Dessa forma, é importante frisar que a EP chega à América Latina atrelada a um contexto de subdesenvolvimento, desigualdades sociais e industrialização tardia. Assim, paradoxalmente, sua ideia inicial era auxiliar no desenvolvimento econômico e consistir em proposta de alienação, reforçando a ideologia capitalista, com ênfase na atualização e

capacitação para o mercado de trabalho e, conseqüentemente, maior produção e lucratividade (GADOTTI, 2000; LAMPERT, 2005).

Entretanto, nessa época, destacou-se Pierre Furter, que, ao assumir como membro do Comitê Diretor da EP do Conselho da Europa, defendeu o plano de trabalho referente à EP, passando por uma fase conceitual, de 1966 a 1971, e fase operacional, de 1972 a 1978. O professor francês publicou o livro *De La Lutte Contre L'Analphabétisme Au Développement Culturel*, traduzido para o português por Teresa de Araújo Penna, para *Educação Permanente e desenvolvimento cultural* (FURTER, 1974).

Em sua obra, Furter aborda a EP em três definições: 1) Processo contínuo do desenvolvimento individual, no qual o indivíduo progride de acordo com suas necessidades e condições. A atividade é individual, sempre por iniciativa voluntária; 2) Princípio de organização de um sistema global de formação, exercendo uma ação renovadora, o que torna o sistema escolar mais flexível e amplo. As atividades são coletivas, organizadas e orientadas por educadores. Quem promove são administradores e planejadores da educação; 3) Estratégia de formação para o desenvolvimento cultural, cujo objetivo é orientar uma política de recursos humanos visando ao desenvolvimento cultural. A atividade é em grupo, orientada por profissional interessado, e a supervisão e avaliação são feitas por educadores especializados. Os promotores são planejadores de recursos humanos no âmbito do planejamento regional (FURTER, 1974).

Para esse autor, a EP permite ao homem constituir-se sujeito da história. Com elementos de seus estudos, coloca como função da EP:

- a) instrumentalizar cada cidadão para aumentar-lhe a capacidade analítica, tanto em relação a ele mesmo como ao grupo a que pertence ou à situação [...];
 - b) tornar as populações capazes, graças a um esforço intelectual crítico de interpretar, compreender, e, sobretudo, confrontar a realidade com os planos e projetos de desenvolvimento [...];
 - c) estimular atitudes criadoras e imaginativas que, em determinada situação, procurem todas as possibilidades existentes para suscitar fatores geradores de novos valores [...];
 - d) ensinar a organizar a vida no tempo e especialmente no tempo livre e disponível, para que este não seja mais um tempo de ociosidade [...].
- (FURTER, 1974, p.155-156).

Nessa linha, tendo Pierre Furter como introdutor do tema no Brasil, a proposta da EPS pretende englobar a reflexão da prática e a participação da equipe de maneira que ocorra postura dialógica e motivação para a construção de projetos assumidos coletivamente, em consonância com as necessidades da população e da equipe, e não somente das carências de qualificação e atualização (BARBOSA, FERREIRA, BARBOSA, 2012).

Considera-se que o aprender e o ensinar estão interligados à prática diária dos profissionais de Saúde, envolvendo a metodologia da problematização, o que possibilita reflexões críticas e coletivas. Essa metodologia pauta-se na teoria educacional de Paulo Freire, e sugere a relação horizontal entre educador e sujeito de aprendizagem, gerando um movimento de ação-reflexão-ação. Assim, ‘problematizar’ está associado a recriar, refletir, relacionar, interagir e planejar (BERGAMIM, PRADO, 2013).

Essa concepção traz a importância de se dialogar com os conhecimentos prévios e reforça que o homem está em permanente formação e, em suas relações no cotidiano, produz conhecimento e sabedoria, fatores que transformam sua maneira de conduzir a vida e o trabalho. Entretanto, nos serviços de saúde ainda prevalecem as capacitações pontuais, organizadas de forma vertical, com conteúdos padronizados, visando à atualização de categorias específicas, desconsiderando a realidade local e as necessidades dos trabalhadores, o que produz pouco impacto e modificação nas práticas de saúde (CARDOSO, 2012).

Assim, ao longo do tempo, a expressão EP tem sido utilizada para designar por vezes outras propostas, como: educação de adultos, educação extraescolar, formação profissional, formação ‘supletiva’, reciclagem, educação informal, autoeducação, autoformação, autogestão, autorregulação, autodidaxia, educação não formal, educação continuada, educação compensatória, educação pós-compulsória ou andragogia (BÁRCIA, 1982; GADOTTI, 1991; MICCAS, BATISTA, 2014).

Enquanto a EC objetiva a atualização técnico-científica através de ações esporádicas e uniprofissionais, enfatizando temas específicos e a transmissão de conhecimentos através de aulas, conferências e palestras, por vezes realizadas em locais diferentes dos ambientes de trabalho, a EP propõe o desenvolvimento de atividades de forma contínua e multiprofissional, fundamentando-se na pedagogia centrada na resolução de problemas, geralmente através de oficinas de trabalho. É uma prática que visa à transformação das rotinas técnicas e práticas sociais dos profissionais da Saúde (ORTIZ; RIBEIRO; GARANHANI, 2008).

Porém, mesmo reconhecendo a importância da EP para reflexão crítica acerca do trabalho, vale ressaltar que não se desconsidera as ações de EC, mesmo adotando o modelo escolar e acadêmico para promover capacitações com fins de atualização e ênfase na transmissão de conhecimento. Pois, de acordo com autores como Peduzzi (2009) e Macêdo, Albuquerque e Medeiros (2014), a depender da pertinência dos objetivos e dos resultados que se pretendam alcançar, é possível escolher o enfoque a ser utilizado, trazendo a lógica de que esses processos podem ser complementares.

O estabelecimento de projeto comum de cuidado, em que as especificidades dos diversos profissionais e da comunidade se complementem e se articulem para a atenção à saúde, é de fundamental importância, pois, caso isso não ocorra, existe risco de repetir o modelo de saúde fragmentado, curativo e individual. Considerando esse aspecto, a EPS nasce a partir dos conflitos, das insatisfações dos indivíduos com sua realidade de trabalho, e propõe o trabalho em equipe como modalidade de organização do trabalho em saúde, o qual se caracteriza pela relação recíproca entre trabalho e interação, em que a comunicação é condição essencial para a articulação (PEDUZZI et al, 2011; SANTOS, COUTINHO, 2014).

Stroschein e Zocche (2012) afirmam que não existe EP sem autoanálise individual e coletiva, pois torna-se necessário o reconhecimento do que mudar, do que continuar e do que recriar, por meio do trabalho e para o trabalho. É momento essencial, em que o ápice configura a reflexão crítica sobre a prática, visto que é pensando criticamente o ontem e o hoje que se pode melhorar a prática do futuro (FREIRE, 2011).

Nesse sentido, a EP possibilita reler constantemente a realidade, na qual os sujeitos são sempre aprendizes. Ela estimula a tomada de posição e possui como premissa atender às necessidades sociais conforme as exigências emergentes, assim como prepara o homem para novas áreas (BÁRCIA, 1982). Baseando-se nas necessidades sociais, a Política de Saúde trouxe a proposta da EP como estratégia para alcançar o desenvolvimento da relação entre o trabalho e a educação, sendo referência para reestruturação dos serviços e transformação de conceitos e valores dos profissionais, pois estes se tornam o centro do processo ensino-aprendizagem (LOPES, PIOSEVAN, PEREIRA, 2007).

Nesse processo de construção, Gomes, Barbosa e Ferla (2016) reconhecem que, apesar de ser um conceito polissêmico, está compreendido na ideia de práticas educativas para melhoria e transformação do trabalho, e recomendam que as situações concretas sejam a matéria a ser trabalhada; a imaginação, o motor; a correspondência com a realidade, o limite; o potencial pedagógico, a meta; e a produção de reflexão, análise e ação no coletivo, o objetivo.

2.2 Educação Permanente como proposta da política de saúde no Brasil e no mundo

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), percebendo deficiências na formação das equipes de saúde frente às necessidades da população e do serviço, fortaleceu o debate para um novo modelo pedagógico que contribuísse para a mudança das práticas. Tendo como base os documentos da Unesco, fomentou a discussão da EP para a área da Saúde. Incluído nesse processo, o Brasil reforçou o debate principalmente nas ocasiões das Conferências Nacionais de Saúde (CNS) (LOPES, 2007).

Desde a 1ª conferência é possível identificar considerações relativas à formação, principalmente de médicos, e preparação de pessoal de nível técnico, através de treinamento em serviço. Na 4ª conferência existem registros acerca da preocupação com os recursos humanos na área da Saúde, por meio dos relatos dos profissionais sobre as dificuldades vivenciadas nos serviços; e aparece pela primeira vez o termo EC na 6ª CNS, em 1977, relacionando-se à inclusão de novos conhecimentos na carreira do sanitário (RIBEIRO, MOTTA, 1996).

O marco para novas discussões ocorreu em 1986, com a 8ª CNS, quando foi proposta a criação da Conferência Nacional de Recursos Humanos da Saúde como espaço que proporcionaria maior aprofundamento sobre a especificidade do trabalho em Saúde. Dessa forma, foram sugeridos os seguintes princípios: capacitação e reciclagem permanente de recursos humanos e formação de profissionais de saúde integrada ao sistema regionalizado e hierarquizado de atenção à saúde (BRASIL, 1986).

Esse caminho contribuiu para a composição da legalização dos direitos à necessidade da formação em Saúde, mesmo sem ainda a utilização do conceito de EPS. Assim, a Constituição de 1988 já afirma, em seu artigo 200, que ao SUS compete, além de outras atribuições, nos termos da lei, ordenar a formação de recursos humanos na área de Saúde (BRASIL, 1988).

A lei nº 8.080, de setembro de 1990, também trouxe a necessidade da formação continuada para os trabalhadores da Saúde e prevê a existência de comissões permanentes para propor métodos, estratégias e prioridades acerca da formação e pesquisa, articulando as esferas de governo e instituições de ensino. Até esse momento, a EPS não tinha um direcionamento político e era utilizada com diferentes termos e definições, tais como capacitações, oficinas, eventos e treinamentos (GIGANTE, CAMPOS, 2016).

Na 9ª CNS, foram destacadas outras questões para a formação, como a destinação de recursos orçamentários, a criação de núcleos de recursos humanos e a ampliação de vagas

para residência médica e de outros profissionais. Outras perspectivas foram ainda apontadas na 10ª e na 11ª CNS, como a formação baseada nas necessidades de saúde da população, a consolidação de repasses financeiros específicos para as atividades e o fortalecimento dos mecanismos de controle social no SUS (BRASIL, 1993, 1998, 2000).

No início dos anos 2000, surge ainda a proposta para definição de Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), enfatizando a formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, com direcionamento para a saúde coletiva e princípios do SUS, através do parecer n. CNE/CES 1.133/2001 do Conselho Nacional de Educação. Essa preocupação com a graduação gerou iniciativas de apoio à qualificação, através do Pró-Saúde e do PET-Saúde, numa abordagem integral e de educação por meio do trabalho, incentivando principalmente a articulação entre as necessidades dos serviços e as atividades de ensino, pesquisa e extensão das Instituições de Ensino Superior (IES) (BRASIL 2001, 2005, 2010a).

Destaca-se a 12ª CNS como o momento de consolidação da associação entre qualidade da atenção à saúde e qualidade do trabalho do profissional de Saúde, fazendo referência à dependência por condições de trabalho e capacitação para execução do trabalho, o que contribuiria assim para mudança do modelo de atenção à saúde no país (BRASIL, 2004a).

Dessa forma, Gigante e Campos (2016) citam proposições que tiveram relação intrínseca com o desenvolvimento da política de formação que seria lançada, como: implantação de novas metodologias de ensino pelas IES, visando à prática multiprofissional voltada para o atendimento das reais necessidades da população; implantação de polos de EP em todos os estados; e diversificação dos cenários de práticas na formação, com vistas à garantia de, no mínimo, 50% das residências acadêmicas e dos estágios curriculares da área no âmbito da Atenção Básica.

Em 2003, através da Resolução CNS Nº 335, de 27 de novembro de 2003, a EP começou a se tornar realidade na política de saúde, estabelecendo a Política Nacional de Formação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a EPS e a estratégia de Polos ou Rodas de EPS. Em 2004, foi implantada a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), através da Portaria 198/2004 do MS, como estratégia para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor. A descentralização foi parte integrante da proposta da política, ao passo que os municípios deveriam desenvolver suas ações visualizando as necessidades regionais (BRASIL, 2004b).

Posteriormente, essa portaria foi revisada pela portaria GM/MS n. 1996, de 20 de agosto de 2007, com o estabelecimento das CIES como instâncias para a negociação dos

processos de EPS, considerando que estes partem da aprendizagem significativa e possuem como estratégia de implementação a gestão democrática (BRASIL, 2007a).

De acordo com Tesser *et al* (2011), tal política visou à EPS como instrumento para o processo de conhecimento e análise da realidade social, bem como para aumentar a resolubilidade, a longitudinalidade, a humanização, a coordenação do cuidado e a competência pedagógica e cultural para o processo progressivo de *empowerment comunitário*, de que fala a promoção da saúde.

Nesse sentido, amplia-se o olhar para além de formação de profissionais, e sim de trabalhadores da Saúde, ou seja, o trabalhador deixa de ser um expectador de cursos e capacitações para ser promotor e disparador de discussões acerca da sua realidade cotidiana, numa perspectiva coletiva junto à equipe de saúde e população, tornando-se ator no processo de implementação da política (SARRETA, 2009).

Contudo, no processo de implementação dessa política, ainda são observados desafios como centralização de construção das propostas por parte dos gestores, gerando baixo envolvimento dos trabalhadores da Saúde, movimentos sociais e instituições de ensino. Além disso, existe dificuldade para operacionalização das CIES, à medida que possuem outras demandas das instituições de origem, sendo necessária ampliação da sua atuação para além da aprovação de planos já construídos por atores, na maioria das vezes, que fazem parte da gestão, mas estimulando a participação conjunta entre os sujeitos que a compõem (MORAES; DYTZ; 2015).

Relatos de gestores indicam queixas sobre o excesso de ofertas descontextualizadas propostas pelas Secretarias e MS, além da maioria consistir em cursos. De acordo com esses atores, os cursos são importantes, porém a implementação da política não deve ser restrita à essa ação. Frisam a necessidade de adequação da EP às realidades locais, ao passo que afirmam que fazer EPS não só depende dos recursos do Ministério, podendo ser executada *in loco*, principalmente nas unidades de saúde. Apesar disso, os gestores identificam ainda pouca participação dos trabalhadores nas atividades ofertadas, tanto por pouco interesse, quanto por dificuldade na liberação dos mesmos por seus “superiores” (GOMES; BARBOSA; FERLA, 2016).

Assim, acredita-se na permanência da possibilidade de investigação sobre como vem ocorrendo a implementação dessa política, por quem está sendo executada, com quais objetivos, quais os caminhos percorridos e quais os impactos para a prática do trabalho em saúde, com a finalidade de melhorar o sentido dessas práticas e contribuir para o repensar da saúde e do cuidado, especialmente no âmbito da Atenção Básica.

2.3 Educação Permanente em Saúde: refletindo as práticas no processo de trabalho em saúde

Percebe-se que o elemento disparador para a discussão acerca da concretização dos princípios da EP é o trabalho humano, o qual detém a característica de transformar a natureza e o homem para atendimento de necessidades, a partir de um contexto social e histórico, diferenciando-se essencialmente por sua intencionalidade e capacidade criativa (MALTA, MERHY, 2003).

O processo de trabalho possui os seguintes componentes: a atividade em si, o próprio trabalho; a matéria; o objeto e os meios de trabalho. Na Saúde, esse processo articula saberes, insumos, técnicas de ação, equipamentos, planejamento e diversas tecnologias, consistindo em um espaço dinâmico e complexo (MARX, 1975).

De acordo com Reis, Fortuna e Oliveira (2007), a depender do entendimento sobre saúde, a finalidade do trabalho será o mercado e a lucratividade ou a defesa da vida e a garantia do direito do cidadão. Considera-se ainda que o processo de trabalho em saúde gera transformações que vão além da mensuração e observação, demandando diversos processos relacionais com as pessoas que usufruem dos serviços, suas famílias e comunidade (PEREIRA, GASDAZ, 2014).

Ao verificar a influência da alienação e organização fragmentada e mecânica no processo de trabalho em saúde é que a EPS traz à tona uma prática pedagógica diferente, em que, de maneira coletiva, todos tenham meios de aprender e discutir sobre situações apresentadas, visando à resolutividade e à qualidade do serviço de saúde, destacando a Atenção Primária como *locus* prioritário para sua consolidação (CUNHA, 2014).

Afirma-se que esse nível de atenção à saúde vem se constituindo como política pública desde meados do século 20, sendo destacado como marco nesse processo de construção a conferência de Alma Ata, em 1978, na qual se estabelece que essa atenção seria a porta de entrada do sistema de saúde, possuindo capacidade de resolutividade de 80% dos problemas de saúde da população (STARFIELD, 2010).

Os serviços que compõem a Atenção Primária distinguem-se dos outros serviços por oferecerem atenção para todas as necessidades e problemas no decorrer do tempo, gerando vínculo entre os profissionais e as pessoas. É uma abordagem que é base e determinante do trabalho de todos os outros níveis do sistema de Saúde, lidando com o contexto vivenciado pelas pessoas, o qual influencia diretamente no processo saúde-doença-cuidado (STARFIELD, 2002, 2005).

Nesse sentido, a Atenção Primária ancora-se em quatro atributos: **atenção ao primeiro contato** – acessibilidade e uso do serviço a cada novo problema ou novo episódio de um problema pelo qual as pessoas buscam atenção à saúde; **longitudinalidade** – representa o vínculo construído a partir de fortes laços interpessoais, indicando a cooperação mútua entre as pessoas e os profissionais de Saúde, tendo ênfase na pessoa, e não na doença; **integralidade** – implica que as unidades de Atenção Primária devem fazer arranjos para que a pessoa receba todos os tipos de serviços de atenção à saúde; e **coordenação** – requer a continuidade e o reconhecimento de problemas pelos profissionais (STARFIELD, 2002).

Vale ressaltar que, no Brasil, os termos Atenção Primária e Atenção Básica são utilizados de forma semelhante, embora seja necessário compreender que prevalece em documentos oficiais o termo Atenção Básica, pois o país busca superar o caráter verticalizado de serviços e programas para populações pobres e vulneráveis, propondo um nível de atenção primordial e integral, ao contrário de simples e primitivo (GALAVOTE, FRANCO, FREITAS, 2016).

Através da Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, se estabelece a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a qual define esse nível de atenção como:

um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2012a, p. 21).

Destaca-se que, desde 1994, a ESF iniciou como Programa Saúde da Família, configurando-se como eixo estruturante da Atenção Primária e principal elemento da agenda pública, gerando ao longo dos anos vários resultados favoráveis. Propõe ampliar a resolutividade e o impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, através do estabelecimento de território adscrito, construção de vínculo e participação comunitária. O objeto de intervenção das equipes é a família e o contexto no qual está inserida, através da interação organizada entre indivíduos com distintas competências e habilidades, realizando parcerias com instituições e organizações sociais e contribuindo para a construção de cidadania (BRASIL, 2012a; SHIMIZU, CARVALHO-JUNIOR, 2012; ARANTES, SHIMIZU, MERCHÁN-HAMANN, 2016).

Costa (2016) e Sumar e Fausto (2014) afirmam que a ESF pressupõe mudanças no modelo de atenção à saúde tradicionalmente pautado na assistência hospitalar, nos

mecanismos de remuneração das ações de saúde, nas formas de organização dos serviços e nas práticas assistenciais, fortalecendo o processo de descentralização. Porém, a aplicação dessas mudanças ainda é um desafio no país, visto que as limitações de interesses do mercado da saúde disputam o cenário, através, por exemplo, da medicamentação da saúde e do subfinanciamento público. Outro fato importante é que a ESF está muito voltada para a população de baixa renda, ocasionando crescimento dos planos de assistência à saúde privados nos outros estratos populacionais, o que constata a não realização de um sistema de saúde efetivamente público, universal e de qualidade.

Além disso, de acordo com Motta e Siqueira-Batista (2015), os trabalhadores da ESF têm apontado aspectos desmotivadores no cotidiano dos serviços, como: dificuldade no relacionamento interpessoal entre a equipe de saúde; falta de infraestrutura e de material; baixa remuneração; alta rotatividade de profissionais; acúmulo de mais de um vínculo de trabalho; reuniões improdutivas e de baixa resolutividade e excesso de demanda para a oferta disponível. Essas dificuldades trazem à tona a necessidade de estimular a identificação de possíveis “nós críticos”, visto que as etapas de redirecionamento do processo de trabalho exigem motivação e empenho dos profissionais (BRANDÃO, 2014).

Desse modo, as ações da ESF devem estar apoiadas na lógica da EPS a fim de qualificar e reorganizar os processos de trabalho, na qual pressupõe que os profissionais de saúde observem a realidade em que estão inseridos, elencando os problemas das situações de trabalho e suas estratégias de enfrentamento e resolução, reforçando a mudança do modelo de atenção, visto que proporciona o protagonismo dos atores envolvidos e a transformação das práticas de atenção, gestão e produção de políticas (OLIVEIRA, PEREIRA, 2013; CAPRA, 2011).

Nesse cenário, a EP tem a premissa de mobilizar a construção de espaços coletivos para debates e articulação entre os atores envolvidos, propor intervenções e contribuir para o desenvolvimento de tecnologias para qualificação profissional. A partir do contexto local, sinaliza possibilidades para a equipe de saúde e estimula trocas e compartilhamentos (BARBOSA et al, 2016).

Entretanto, ainda se percebe o distanciamento entre o setor educacional e a prática da ESF, incluindo a falta de preparação dos profissionais para atuação nesse espaço. A formação disciplinar, com foco em aspectos técnicos e biológicos, a excessiva valorização da doença e das especialidades na área da Saúde reforçam a necessidade de repensar os processos pedagógicos, de modo que se abordem as dimensões subjetivas, preventivas e sociais para a prestação do cuidado (ARANTES, SHIMIZU, MERCHÁN-HAMANN, 2016).

Dessa forma, a combinação entre educação e trabalho, a discussão de casos e os estudos temáticos com a formação mais estruturada consistem em um desafio no âmbito do SUS, pois ainda parecem ser reconhecidos como contraditórios e excludentes. Porém, a distinção entre esses processos necessita estar clara para os profissionais, aspecto que ainda demonstra deficiência, visto que os trabalhadores, quando questionados acerca do entendimento sobre EP, a identificam como sinônimo de EC, citando cursos de atualização e capacitações, os quais geralmente são distantes do exercício cotidiano, sendo, portanto, de difícil aplicação na prática (BUCCINI, MARTINS, SANCHES, 2009; TESSER et al, 2011, SOUSA, BRANDÃO, PARENTE, 2015).

Os trabalhadores ainda afirmam constituírem atividades relacionadas à EP os grupos, orientações, palestras e visita domiciliar, implicando na possível associação com a educação em saúde. Como dificuldades para realização das atividades, citam principalmente o pouco incentivo e recursos financeiros escassos. A cobrança pelos gestores acerca da produção/metras e a desvalorização inclusive por parte da comunidade que ainda privilegia os atendimentos médicos são aspectos frequentemente relatados pelas equipes (CUNHA *et al*, 2014; SANTOS, COUTINHO, 2014; BUCCINI, MARTINS, SANCHES, 2009).

Contudo, mesmo a passos lentos, Paulino *et al* (2012) afirmam que há trabalhadores que reconhecem que a EP auxilia na prevenção e na correção de erros, nas mudanças de atitudes, na identificação de possíveis falhas no atendimento e na organização e no funcionamento do serviço, indicando avanço de que a discussão dos preceitos da EPS necessita ser processo contínuo e inacabado.

Segundo Merhy (2004), a alma dos serviços de saúde é a produção do cuidado, e cuidado é feito por gente, e gente precisa pensar no que faz. Por isso, neste estudo, considera-se que a articulação cada vez mais presente entre o mundo do ensino e o mundo do trabalho constitui um dos caminhos para mudança em saúde no sumo da atenção à saúde no contexto da Atenção Básica.

Assim sendo, adota-se que o trabalho e a educação no trabalho possuem dupla dimensão: ação instrumental (racionalidade técnico-científica) e interação social (ação comunicativa e intersubjetiva, na qual é possível a comunicação). Essa dimensão intersubjetiva somente é possível pelas especificidades do trabalho em saúde, na relação estabelecida entre profissional-pessoa, conferindo-lhe a característica de imaterialidade (SCHRAIBER, 1999; LAZZARATO, 2001).

O trabalho em saúde ainda é marcado por outras características, como: atendimento a necessidades complexas e variáveis; exigência de autonomia por um grupo heterogêneo de

trabalhadores; dependência do ambiente sociopolítico; força de trabalho precarizada e cenário de disputa entre atores com diversos interesses, o que demanda um processo de negociação permanente. Assim, a comunicação é condição *sine qua non* face às exigências desse trabalho (PEDUZZI, 2007; SCHERER, PIRES, JEAN, 2013).

À luz do agir comunicativo de Habermas (2012), a relação dialógica pode ser compreendida como um espaço orientado pela busca do entendimento, construído pela relação democrática, no qual um acordo comum é almejado e pressupõe o compartilhamento intersubjetivo de um horizonte ético comum, normas e convicções. Nesse sentido, as pessoas são reconhecidas como sujeitos autênticos que possuem identidade e participam como agentes de transformação da sua história individual e coletiva (AYRES, 2001).

Através do favorecimento do diálogo, segundo Silva e Peduzzi (2011), a EPS pode representar uma possibilidade de resgate da ação comunicativa intersubjetiva nos espaços de trabalho, mesmo quando a interação resultar em conflito, pois é a partir dele que serão identificados aspectos para enfrentamento e soluções de problemas. Observa-se que a EPS possui relação intrínseca com o exercício do trabalho em equipe, possibilitando inclusive um profissional conhecer a ação do outro e agregar novos saberes à sua prática (ARTMANN, 2001; SILVA, PEDUZZI, ORCHARD, 2015).

Neste estudo, o trabalho em equipe é compreendido como uma modalidade de trabalho coletivo que se baseia por meio de uma relação recíproca entre as ações técnicas executadas pelos distintos profissionais e a interação desses atores, inserido em uma perspectiva comunicativa. Considera-se, portanto, que as equipes integradas possuem atributos de respeito mútuo e confiança, reconhecimento do papel profissional das diferentes áreas, interdependência e complementaridade dos saberes e ações (D'AMOUR et al, 2008; PEDUZZI, 2009).

Desse modo, acreditando na potencialidade do processo de EPS e do trabalho em equipe para o desencadear da ampliação da capacidade de cuidado e de resolução dos problemas de saúde e de vida da população, mergulharemos a seguir no referencial teórico que subsidia este estudo, a partir dos princípios freirianos, os quais muito têm contribuído para o pensar em uma educação problematizadora, crítica e reflexiva (PEREIRA, RIVERA, ARTMANN, 2013).

3. REFERENCIAL TEÓRICO: EM BUSCA DE PROCESSOS EDUCATIVOS MAIS DIALÓGICOS À LUZ DE PAULO FREIRE

Neste capítulo serão apresentados os principais pressupostos de Paulo Freire e sua relação com o objeto deste estudo, buscando a melhor compreensão dos fundamentos teóricos acerca da temática.

Paulo Freire, nascido em 19 de setembro de 1921, em Recife, Pernambuco, é destacado como um dos pensadores mais notáveis na história da pedagogia, desenvolvendo a proposta inovadora de alfabetização de adultos com a perspectiva da educação popular e discutindo a libertação das classes oprimidas (SOUZA, 2001).

A primeira ideia do autor, a qual norteia os elementos constitutivos de sua proposta, consiste no entendimento da *educação* para além de uma teoria, mas uma forma de compreensão do mundo e reflexão sobre ele, realizando a combinação de teoria com o vivido, o trabalho e a política. Assim, é reconhecida como elemento de direito de cidadania na construção da história de vida da pessoa humana, entremeada por relações recíprocas entre os sujeitos, produzindo cultura. Através dela se reproduz a estrutura dinâmica e o movimento dialético do processo histórico de produção do homem, orientando a decisão e a responsabilidade social. Dessa forma, Freire defende uma educação que possibilita a transformação da realidade pelo homem, e não um processo de adaptação dele à sociedade (FREIRE, 2005; MORETTI-PIRES, BUENO, 2009).

Nesse sentido, se contrapõe ao que denominou de educação bancária, referindo-se à forma de fazer educação a partir da visão de educandos como depósitos de conteúdos, prevalecendo a hierarquia do saber entre educador-educando. A inquietação gerada por essa educação se dá pelo fato de a relação entre narrador e ouvintes tender a petrificar a realidade como algo quase morto e estático, o que não traz sentido aos educandos, visto que se torna distante das suas experiências concretas. Assim, ao considerar os educandos como “vasilhas”, sujeitos apolíticos e sem liberdade de expressão, a educação bancária é medida pela quantidade de conteúdos narrados e memorizados mecanicamente (FREIRE, 1979, 2005).

Ao remar contra esse pensamento, Paulo Freire acredita em uma educação que constitua prática criadora e estimulante à busca pelo conhecimento, ampliando a autonomia dos sujeitos, mesmo ignorando a ideia de ingenuidade e neutralidade nesse processo. Ao invés da adaptação ao mundo através da passividade e da alienação, o homem deve dar lugar à transformação da realidade, e, para que isso ocorra, afirma que a educação deve ir além da

ideia de produtividade e competição, corroborando para o reconhecimento do homem acerca da sua situação real vivida, o que gera a aprendizagem significativa. Essa aprendizagem possui características de *continuidade* – ao verificar aquilo que já se sabe e associar às experiências obtidas – e de *ruptura* – ao provocar novas necessidades e desafios a partir da análise crítica (LIBÂNEO, 1987; FREIRE, 2005).

Percebe-se então que a educação é indissociável das sociedades humanas, exigindo de forma primeira a qualquer ação a reflexão pelo homem. Esse *homem* é visto como ser complexo e multidimensional, capaz de discernir e reconhecer realidades existentes que lhe são exteriores, mantendo relações com outros seres (FREIRE, 2005).

A partir da integração com seu contexto, é possível gerar reflexão sobre sua situação e seu ambiente concreto, e, somente assim, pode haver comprometimento e construção de si como sujeito. Quando o homem compreende sua realidade, pode levantar hipótese sobre o desafio dessa realidade e buscar soluções. Essa busca por superar a situação anterior vivenciada é denominada de luta pelo “Ser Mais”, o que justifica a necessidade do processo educacional de maneira permanente, pela característica de incompletude do ser (FREIRE, 2005).

O homem, por ser sujeito, não deve ser simples espectador, e sim protagonista da intervenção sobre a realidade. Não é só um ser de contato, mas um ser de relações; não apenas está no mundo, mas com o mundo, consistindo em um ser de *práxis*. Dessa forma,

a realidade social, objetiva, que não existe por acaso, mas como produto da ação dos homens, também não se transforma por acaso. Se os homens são os produtores desta realidade e se esta, na “invasão da *práxis*”, se volta sobre eles e os condiciona, transformar a realidade opressora é tarefa histórica, é tarefa dos homens (FREIRE, 2005, p. 41).

Nesse sentido, é necessário que o homem construa a tomada de consciência como um caminho para algo que não é ela, que está fora dela, que a circunda e que ela apreende por sua capacidade ideativa. Para que essa consciência seja crítica, é importante que ele reconheça a realidade como algo mutável e apresente características de inquietação, indagação, investigação, anseio de profundidade na análise dos problemas e amor ao diálogo. Assim, estará respondendo aos desafios que lhe são apresentados em determinado espaço-tempo e criando seu mundo: um mundo histórico-cultural, cheio de acontecimentos, valores, ideias, instituições, linguagem, sinais, significados e símbolos (FREIRE, 1979).

Destaca-se o *diálogo* verdadeiro como elemento essencial para a existência de um pensar crítico, estando vinculado intrinsecamente à *práxis*. Este se diferencia do verbalismo

“blablablá”, à medida que somente existe a partir da ação e da reflexão. Não se limita à relação eu-tu, nem tampouco à troca de ideias a serem consumidas pelos sujeitos, mas busca o encontro dos homens para pronunciar o mundo, através de uma relação horizontal de confiança. Desse modo, o diálogo gera conquista do mundo pelos seres dialógicos, e não de um ser pelo outro (FREIRE, 2005).

É através do diálogo que os seres se põem e contrapõem, historicizando a intersubjetividade existente entre eles. Freire (2000) aponta que, para a construção do diálogo, faz-se necessária a existência de profundo amor ao mundo e aos homens, humildade, fé no poder de fazer e refazer do homem, esperança e reconhecimento de que não existem sábios nem ignorantes absolutos, mas homens em comunhão na busca de saber mais.

Essa concepção traz o entendimento do homem como ser livre, contrapondo ao processo histórico vivenciado ao longo dos anos na realidade brasileira, em que se instala uma relação de oprimidos e opressores. O receio ao estímulo do pensamento crítico pela população revela que, de modo geral, existe o interesse dos opressores à permanência dos homens na imersão na realidade, de forma que se sintam impotentes diante dela, como parecesse algo intransponível (FREIRE, 2011).

Os oprimidos são marcados por comportamentos de submissão às pautas dos opressores, mas ao mesmo tempo aspiram conquistar seus padrões de vida e poder. Nesse caso, temem a liberdade introjetando a “sombra” dos opressores, visto que sem esta, ocorreria o preenchimento do vazio com sua autonomia. Para os opressores, os oprimidos são vistos como “coisas”, e não como portadores de direitos, sendo necessários à manutenção da alienação. O que vale para os opressores é o ter mais em detrimento do nada ter dos oprimidos, fazendo-os sentir dependentes emocionais e incrédulos a si mesmos e à luta pela mudança, matando a vida (FREIRE, 2005).

A antidialogicidade observada entre oprimidos e opressores é permeada pela distância entre os seres, apresentando caráter de *conquista* – aproximação do opressor ao mostrar o mundo não como problema, mas como algo que se deve ajustar; *divisão* – busca pela não unificação das classes e consequente continuidade do poder dos opressores, considerando perigosos quaisquer conceitos ou práticas de união, organização e luta; *manipulação* – conformismo das massas populares através da aplicação do assistencialismo, afastando-as das causas verdadeiras de seus problemas, criando esperança de receber mais; e *invasão cultural* – desrespeito pelos opressores às potencialidades dos seres, inibindo a criatividade e impondo a sua ótica sobre a realidade. Logo, os opressores entendem que o povo é inculto e incapaz, tendo que ser educado por eles (FREIRE, 2005).

Ao contrário disso, a pedagogia proposta por Freire, humanista, problematizadora e libertadora, busca desvelar a dependência dos oprimidos e, através da reflexão e da ação, transformá-la em independência. Para isso, no primeiro momento, os oprimidos teriam que reconhecer o mundo da opressão e se comprometerem com a transformação da *práxis*; e no segundo momento, essa pedagogia deixaria de ser do oprimido e se transformaria em pedagogia do homem, em permanente libertação. O indivíduo passa de escravo para ser ativo e responsável, e a liderança, ao invés de se sobrepor aos oprimidos, mantém com eles constante relação dialógica. Assim, reforça que a mudança não está no mero ato de depositar a crença da liberdade nos oprimidos, pensando conquistar a sua confiança, mas no dialogar com eles (MIRANDA, 2004; FREIRE, 2005).

A teoria da ação dialógica prevê a inexistência de um sujeito que domina pela conquista e um objeto dominado, sendo substituída a conquista pela adesão das massas aos ideais revolucionários, numa escolha livre. Considera que o educador, enquanto educa, também é educado, e que, ao ser educado, também educa, o que gera crescimento mútuo. O educador não assume papéis em ser sujeito cognoscente em um momento (em que se prepara para suas aulas) e sujeito narrador em outro (transmitindo o que aprendeu), mas sim de ser sempre sujeito cognoscente em busca de conhecimento de forma conjunta (FREIRE, 2011).

Nessa perspectiva, essa teoria baseia-se nas seguintes características: a) *colaboração* – estabelecida pela comunicação entre os homens, resultante do encontro destes para descoberta e pronúncia do mundo. Requer o exercício da análise crítica sobre a realidade-problema e o reconhecimento de que as lideranças não se constituem proprietárias das massas populares; b) *união* – dos oprimidos entre si e com as lideranças, proporcionando uma forma de ação cultural através da qual conheçam o porquê e como ocorre a sua “aderência” à realidade injusta, e assim percebam a necessidade de transformação; c) *organização* – das massas populares em busca da libertação, jamais entendida como justaposição de indivíduos relacionados mecanicamente; d) *síntese cultural* – instrumento de superação da própria cultura alienada e alienante, em que liderança e povo criam juntos as pautas para sua ação, num processo enriquecedor para ambos (FREIRE, 2005).

Nesse pensar e fazer dialógico é importante compreender que o homem vive mergulhado em contradições, que, ao mesmo tempo em que se reconhece como livre, teme ser, por estar introjetado à consciência opressora. Está entre expulsar ou não o opressor dentro de si, em manter ou não a alienação, em seguir prescrição ou ter opção, em atuar ou ter a ilusão que atua, em ser espectador ou ator, em dizer a palavra ou não ter voz para transformar o mundo. Essa dualidade presente principalmente no trabalhador social necessita ser

considerada, até que se chegue, de acordo com Freire (1979), a ser feita sua opção de aderir à mudança no sentido da humanização do homem ou permanecer na realidade vivenciada. A partir da opção realizada, se determinará o seu papel, métodos e técnicas de ação diante dessa realidade.

Diante desse contexto, considerando que quem dialoga o faz com alguém sobre alguma coisa, surge uma indagação frequente: como iniciar a dialogicidade? Segundo Freire (2005), essa construção não se inicia a partir do contato entre os seres, mas sim justamente a partir do momento em que eles se perguntam o que irão dialogar uns com os outros. Dessa forma, a primeira fase para definir o conteúdo programático da educação consiste em investigar, através do diálogo, não só o que diz respeito à objetividade dos aspectos que envolvem a realidade, mas como o ser compreende essa realidade e sua percepção de si mesmo diante dela. Essa busca é denominada de investigação do universo temático do povo ou conjunto de seus temas geradores, em que se revelam anseios, frustrações, descrenças, esperanças e ímpeto de participação, numa linguagem própria (FREIRE, 2000).

Esses temas geradores somente podem ser compreendidos nas relações homens-mundo, sem reduzir-se a um ato mecânico. Logo, não podem ser vistos como estanques, pois sabe-se que, a depender do momento histórico, espaço e seres que o compõem, sofrerão modificações.

Além da apreensão de informações, a partir de metodologia conscientizadora, amplia-se a investigação, visto que nesse momento já é possível iniciar a inserção dos homens num pensar crítico sobre seu mundo. Assim, investigar o tema gerador é investigar a forma de atuar dos homens sobre a realidade, que é sua *práxis*. Sendo processo de conhecimento e criação, exige engajamento de seus sujeitos, que vão descobrindo, no encadeamento dos temas significativos, a interpenetração dos problemas (FREIRE, 2005).

Dessa forma, o conteúdo da educação nasce do próprio homem, mesmo quando não se chega a expressar concretamente, sugerindo até parecer a inexistência de tema. Nesse caso, Freire (2000) afirma que é necessário compreender que o “mutismo não é propriamente inexistência de resposta, é resposta em que falta teor marcadamente crítico”, verificando-se que existe o tema do silêncio, o que sinaliza a adaptação frente à força esmagadora das situações vividas.

Com o conjunto de contradições recolhidas pelos investigadores, estes iniciam a segunda fase da investigação, na qual serão escolhidas algumas contradições e elaboradas codificações, as quais representam objetos cognoscíveis, desafios sobre os quais os homens irão refletir e decodificar, como espécie de “leque temático”, possibilitando a abertura de

outros temas. Nessa fase, destaca-se que a tarefa do educador dialógico é, trabalhando em equipe interdisciplinar esse universo temático, recolhido na investigação, devolver aos homens de quem recebeu não como dissertação, mas como problema (FREIRE, 2005).

Preparadas as codificações, os investigadores iniciam a terceira fase da investigação, em que se inauguram os diálogos descodificadores, devendo ser gravados, com a presença de representantes do povo. Assim, na medida em que todos vão se manifestando, o educador vai problematizando, uma a uma, as sugestões que nascem do grupo. E, por fim, se dá início à última fase da investigação, em que se procede o estudo sistemático e interdisciplinar dos achados. Essa fase possibilita a percepção da percepção anterior, promovendo o surgimento de nova percepção e o desenvolvimento de novo conhecimento (FREIRE, 2005).

Seguindo esses passos, o método de Paulo Freire não se configura como método de ensino, e sim de aprendizagem, valorizando as fontes culturais e históricas dos indivíduos e necessitando de continuidade e persistência para o alcance de resultados e intervenções junto à realidade. Através dele estimula-se a criação de um espaço dinâmico de troca de conhecimentos entre sujeitos, onde possam se reunir para investigar temas de interesse do próprio grupo. Representa reflexão acerca de situação-problema a partir de situações reais, para, na sequência, decodificá-la e reconhecê-la (FREIRE, 2000; HEIDEMANN, BOEHS, WOSNY, 2010).

Portanto, ao entender a EPS como aprendizagem no trabalho, mediante a incorporação do aprender e do ensinar no cotidiano, possibilitando construção de espaços coletivos para reflexão no contexto do SUS, pode-se afirmar que a sua lógica corrobora com as ideias do autor referido. Dessa forma, a realização desse estudo baseia-se nos princípios freirianos de aprendizagem:

- 1) A educação deve ser prática coletiva, construída a partir da *práxis*, tornando-se assim significativa para os sujeitos;
- 2) Os homens necessitam ser livres e sujeitos de seu pensar, discutindo sua visão de mundo com seus companheiros, emergindo dessa ação o conteúdo programático da educação;
- 3) A partir do trabalho, o homem cria seu mundo, se realiza e pode transformar a realidade;
- 4) A problematização ocorre na relação ação-reflexão-ação e tem por meta o desenvolvimento da consciência crítica. Somente pode ser executada por meio do diálogo entre os sujeitos, o qual traz sentido à vida humana.

4. PERCURSO METODOLÓGICO: PASSOS PARA CONCRETIZAÇÃO DO ESTUDO

4.1 Tipo de estudo

Constitui-se como parte integrante da pesquisa “*Práticas e Tecnologias de Educação Permanente em Saúde – Pesquisa-intervenção com foco no processo de trabalho de equipes de Saúde da Família*”, aprovada com financiamento na Chamada Fapeal 06/2016 – PPSUS em setembro de 2016, e desdobramento de pesquisa de *Avaliação das Atividades de Educação Permanente em Saúde no Estado de Alagoas*, aprovada com financiamento pelo CNPQ (edital 08/2013), recém-concluída.

Trata-se de estudo descritivo, com abordagem qualitativa, visto que se tomou como material de análise a linguagem em suas várias formas de expressão, buscando compreensão a respeito do sentido ou a lógica interna que os sujeitos atribuem a suas ações, representações, sentimentos, opiniões e crenças. Assim, pode-se afirmar que essa abordagem possibilitou o entendimento acerca das nuances da vida humana, explorando pressupostos que interferem na compreensão do mundo social, indo além do que é dito, ao buscar significados dentro de um universo marcado por relações (KERR, KENDALL, 2013; MINAYO, 2014).

Vale salientar que, no campo da saúde coletiva, a pesquisa que ouve os diferentes atores é essencial, pois considera-os como parte integrante de grupos sociais previamente definidos que compartilham linguagem, valores e práticas. Dessa forma, os atos, relações e estruturas sociais são definidos como construções humanas significativas (BOSI, 2012; MINAYO, 2014; KNAUTH, LEAL, 2014).

Considerando que o objeto deste estudo está voltado para as percepções, práticas e desafios de EPS no olhar do trabalhador, entende-se que a abordagem qualitativa oferece as melhores estratégias de coleta e análise de dados necessárias para apreensão e compreensão dos significados de EPS manifestados pelas equipes de saúde da ESF.

A ótica adotada sob a perspectiva do referencial de Paulo Freire, no decorrer do estudo, nos ofereceu aporte para vislumbrar relações entre a EPS e o processo dialético de desenvolvimento humano. Acreditamos, conforme explicitado por Freire (2005), que a forma como o homem fala e escreve é expressão objetiva de seu espírito, e como o espírito pode refazer o feito, redescobrimo o processo de fazer e refazer, este homem é capaz de modificar sua realidade.

4.2 O cenário do estudo

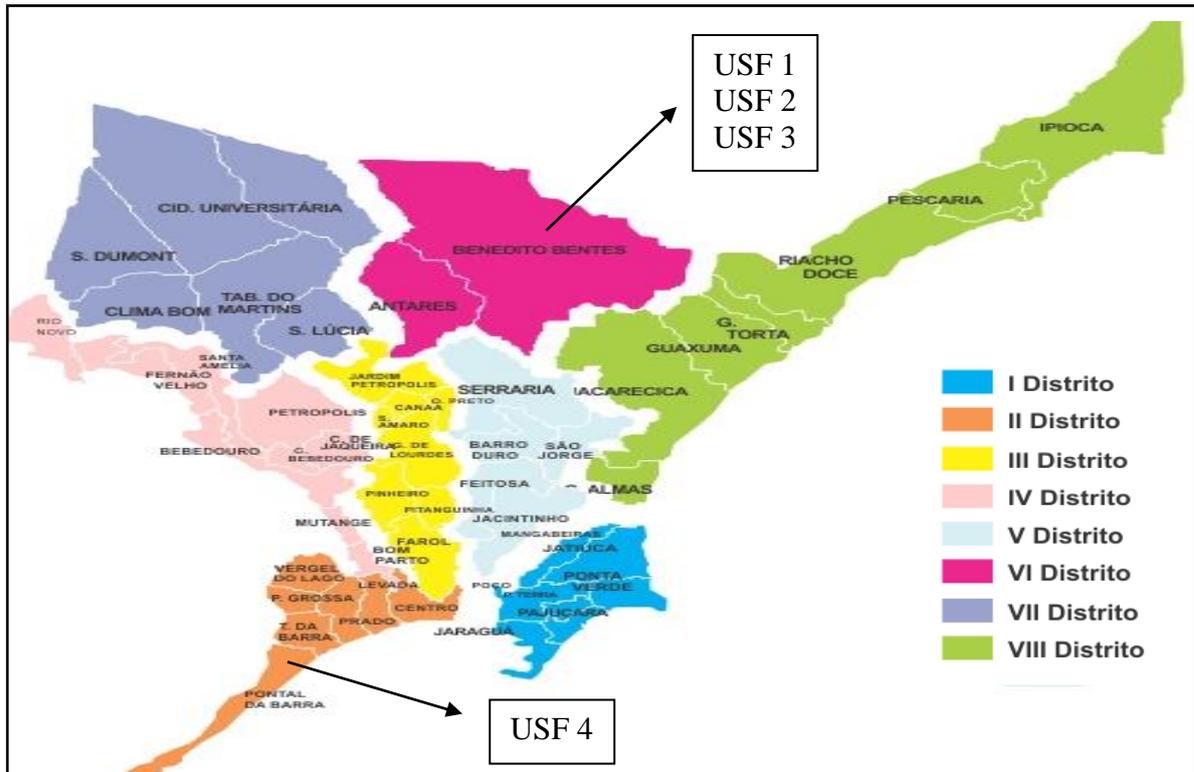
O cenário do estudo foi o serviço de atenção à saúde do município de Maceió, capital de Alagoas, onde foram contatadas seis USFs, definidas a partir de lista disponibilizada por pesquisadores do estudo “Avaliação das atividades de educação permanente em saúde no Estado de Alagoas”, considerando a participação dessas unidades nesse primeiro estudo. Das seis USFs contatadas, foram investigadas quatro, devido à indisponibilidade para participação do estudo pelos trabalhadores das outras duas unidades no momento da coleta de dados.

Sobre esse cenário, afirma-se que Maceió possui população aproximada de 1.005.319 habitantes, distribuída em 8 Distritos Sanitários. É marcada por altos índices de analfabetismo, desemprego e população de baixa renda, constituindo-se área endêmica para dengue e esquistossomose, apresentando aumento das taxas de incidência de tuberculose, sífilis congênita, Aids e meningites (SESAU, 2014). Destaca-se ainda que, nas regiões onde estão localizadas as USFs investigadas, a violência se faz muito presente, principalmente na forma de assaltos e homicídios, estando geralmente associada ao aumento da ocorrência de transtornos mentais, alcoolismo e outras drogas e tentativas de suicídio pela população adulta (MELO, 2015).

O município conta com 68 unidades de saúde, incluídos os serviços especializados de apoio a diagnóstico e unidades especializadas sem internação, 6 Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e 86 equipes de Saúde da Família, significando cobertura populacional de apenas 28,89%. Essa baixa cobertura da ESF, associada à precariedade da infraestrutura e à provisão de insumos e equipamentos das unidades de saúde, limita o acesso e a resolubilidade a nível municipal (SANTOS, 2014, BRASIL, 2016b).

A localização das quatro USFs investigadas neste estudo, de acordo com o bairro onde estão inseridas e a divisão em Distritos Sanitários em Maceió, pode ser visualizada através da figura 1. Identifica-se que as USFs 1, 2 e 3 estão localizadas no bairro Benedito Bentes, pertencendo ao VI Distrito Sanitário, e a USF 4 está localizada no bairro Pontal da Barra, pertencendo ao II Distrito. Acrescenta-se como características importantes que as USFs 1, 2 e 4 realizam exclusivamente serviços da ESF, possuindo duas equipes por unidade. A USF 3 oferece, além dos serviços vinculados a três equipes da ESF, atendimento à demanda espontânea. Observa-se vinculação ao NASF pelas USFs 1, 2 e 3.

Figura 1 – Localização das Unidades de Saúde da Família investigadas, segundo bairro e Distrito Sanitário, Maceió-AL, 2016.



Fonte: SMS (2016).

4.3 Os participantes do estudo

Consistiram de trabalhadores de 4 equipes atuantes em 4 USFs da cidade de Maceió, incluindo aqueles que exerciam a função por mais de seis meses na referida unidade.

Houve a participação de 32 trabalhadores, sendo: Agentes Comunitários de Saúde (ACS) (20), médicos (4), enfermeiras (3), técnicos e auxiliares de enfermagem (3), dentista (1) e Auxiliar de Consultório Dentário (ACD) (1).

4.4 Procedimentos éticos do estudo

Desde a concepção do objeto de estudo foram observados os princípios éticos, considerando que a proposta dialógica envolvida nos processos de EP é pautada pela comunicação, interação e articulação. Para o desenvolvimento do estudo, primeiramente foi obtida autorização formal da SMS de Maceió para a coleta de dados referentes aos trabalhadores de equipes de Saúde da Família do município, em março de 2016 (ANEXO A).

Tratando-se de pesquisa que envolve seres humanos, se fez necessário a apreciação deste estudo pelo Comitê de Ética em Pesquisa, a fim de confirmar o respeito aos princípios éticos, conforme a Resolução nº 466 do Conselho Nacional de Saúde, publicada em 2012 (BRASIL, 2012b). Assim, a pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Ufal, sendo esta apenas desenvolvida após sua aprovação, obtida em 28/04/2016, pelo CAAE nº 54930716.8.0000.5013 (ANEXO B).

Todos os trabalhadores que aceitaram participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO C) – através do qual foram explicados todos os procedimentos a serem utilizados, sendo entregue em duas vias (uma que ficou com o sujeito e outra com o pesquisador). Vale ressaltar que o direito de recusar participar do estudo foi preservado, sem que isso trouxesse qualquer penalidade ou prejuízo ao participante.

Para o cumprimento dos preceitos éticos quanto ao sigilo dos participantes, neste estudo, estes foram apresentados apenas com a ocupação profissional no serviço e numeração da unidade à qual estão vinculados. Para os participantes que ocupavam cargos semelhantes, foi acrescentada numeração por ordem crescente como forma de diferenciá-los. Essa identificação dos participantes pode ser visualizada no quadro abaixo:

Quadro 1 – Identificação dos participantes do estudo, de acordo com a Unidade de Saúde da Família vinculada. Maceió-AL. 2016.

USF 1	USF 2	USF 3	USF 4
Médica 1	Médico 2	Médica 3	Médica 4
Enfermeira 1	Enfermeira 2	Dentista 3	Enfermeira 4
Técnica de enfermagem 1	Técnica de enfermagem 2	ACS 3.1	ACS 4.1
ACS 1.1	Técnica de enfermagem 2.1	ACS 3.2	ACS 4.2
ACS 1.2	ACS 2.1	ACS 3.3	ACS 4.3
ACS 1.3	ACS 2.2	ACD 3	ACS 4.4
ACS 1.4	ACS 2.3		ACS 4.5
ACS 1.5	ACS 2.4		
ACS 1.6	ACS 2.5		
	ACS 2.6		

Fonte: Autora (2016).

4.5 As técnicas de coleta de dados

4.5.1 Questionário de caracterização dos participantes

Foi elaborado um questionário semiestruturado com o intuito de fornecer dados de caracterização dos participantes do estudo, em dois aspectos: questões sobre dados de identificação e questões sobre autoavaliação sobre EP e qualificação das equipes (APÊNDICE A). A aplicação ocorreu sempre em momento anterior ao início do Grupo Focal (GF), nas unidades de saúde, e com aceite do Termo de Consentimento Livre Esclarecido. Um formulário idêntico ao instrumento foi criado no ambiente virtual *Google Docs* para digitalização *on-line* dos dados, os quais foram importados para uma planilha Excell versão 2010®.

Para a autoavaliação foi utilizado o instrumento “Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – AMAQ”, tratando-se de uma ferramenta composta por um conjunto de padrões/declarações acerca da qualidade esperada quanto à estrutura, aos processos e aos resultados das ações da Atenção Básica, parte integrante do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ (BRASIL, 2016a).

A AMAQ considera que os processos orientados para a melhoria da atenção devam iniciar pelo reconhecimento das dimensões positivas e das fragilidades do trabalho. Interligada aos princípios da EPS, estimula que o próprio trabalho seja colocado em análise pela equipe e, a partir desse movimento, que novas estratégias sejam desenvolvidas para superar os problemas e alcançar os objetivos coletivamente definidos (BRASIL, 2016a).

O instrumento foi elaborado pelo MS, tendo por base outras ferramentas de avaliação de serviços de saúde já utilizadas e validadas nacional e internacionalmente, a exemplo do *MoniQuor*, *PCATool* e *Quality Book of Tools*. Foi idealizado para utilização pelos gestores municipais e equipes da Atenção Básica, integrando um conjunto de ações consideradas estratégicas e potenciais indutoras de mudanças no cotidiano dos serviços (BRASIL, 2016a). Em estudo seccional realizado pela Escola Nacional de Saúde Pública, a partir dos dados do PMAQ Atenção Básica, foi possível identificar que esse instrumento vem sendo utilizado para realização de autoavaliação por mais de 82% das equipes de saúde nas regiões Nordeste, Sul e Sudeste do país (CRUZ et al, 2014).

Ele está estruturado em duas partes: Parte I – equipe de Atenção Básica; e Parte II – equipe de Saúde Bucal, sendo cada parte composta por unidades de análise, quatro dimensões

e 14 subdimensões (BRASIL, 2016a). Neste estudo, foi utilizada como referência a primeira parte do instrumento, traduzido na figura abaixo:

Figura 2 – Estrutura do instrumento Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica.

Unidade de Análise	Dimensão	Subdimensão
GESTÃO	Gestão Municipal	A – Implantação e implementação da atenção básica no município
		B – Organização e integração da Rede de Atenção à Saúde
		C – Gestão do trabalho
		D – Participação, controle social e satisfação do usuário
	Gestão da Atenção Básica	E – Apoio institucional
		F – Educação permanente
		G – Monitoramento e avaliação
GESTÃO E EQUIPE DE ATENÇÃO BÁSICA	Unidade Básica de Saúde	H – Infraestrutura e equipamentos
		I – Insumos, imunobiológicos e medicamentos
EQUIPE DE ATENÇÃO BÁSICA	Educação Permanente, Processo de Trabalho e Atenção Integral à Saúde	J – Educação permanente e qualificação das equipes de Atenção Básica
		K – Organização do processo de trabalho
		L – Atenção integral à saúde
		M – Participação, controle social e satisfação do usuário
		N – Programa Saúde na Escola (para as Equipes participantes do Programa)

Fonte: BRASIL (2016a).

Dentre as 14 subdimensões que compõem o instrumento, ao considerar aquela que mais se adequa à finalidade do estudo, optou-se por utilizar a subdimensão “J – Educação permanente e qualificação das equipes de Atenção Básica”, inserida na dimensão “Educação permanente, processo de trabalho e atenção integral à saúde”.

O tratamento e análise dos resultados desta fase seguiram os critérios estabelecidos no sentido de que, primeiramente, o trabalhador atribuiu uma pontuação para cada tópico, numa escala de 0 a 10 pontos, sendo posteriormente realizada a soma total e a classificação de acordo com as categorias recomendadas pelo PMAQ: muito insatisfatório (0 a 6); insatisfatório (7 a 12); regular (13 a 18); satisfatório (19 a 24) e muito satisfatório (25 a 30) (APÊNDICE A) (BRASIL, 2016a).

4.5.2 Grupo Focal (GF)

Foi utilizada para a coleta de dados a técnica de GF, pelo fato de possibilitar o encontro e o estabelecimento de relações dialógicas entre os diversos atores do cenário de cuidado, aproximando-os da realidade vivenciada, seus problemas e possíveis formas de enfrentamento. Assim, corrobora com o referencial teórico adotado, no sentido de reforçar que a investigação do pensar do povo necessita ser realizada junto a ele, formando uma construção coletiva, indo além da apreensão das falas, mas das contradições, sentimentos e relações advindas da *práxis*.

Além disso, a técnica de entrevista coletiva proporcionou vantagens como o alcance do maior número de pessoas em menor tempo; aprofundamento da discussão devido a várias opiniões e estímulo ao exercício da interdisciplinaridade.

Os GFs foram realizados com 4 equipes de Saúde da Família, entre junho e agosto de 2016, apresentando duração entre 30 a 50 minutos, contando com a participação de 6 a 10 trabalhadores por GF. As entrevistas foram registradas em áudio, com auxílio de um gravador de voz, preservando a identidade dos participantes.

Cada GF foi organizado e coordenado por esta pesquisadora, que atuou como moderadora, seguindo o movimento do grupo e acreditando na sua potencialidade para realizar a tarefa, explicando os objetivos do estudo e estimulando as discussões; e duas auxiliares de pesquisa, estudantes de Enfermagem que, após devida capacitação sobre a técnica adotada nesta pesquisa, atuaram como observadoras, transcritoras e coorganizadoras dos GFs.

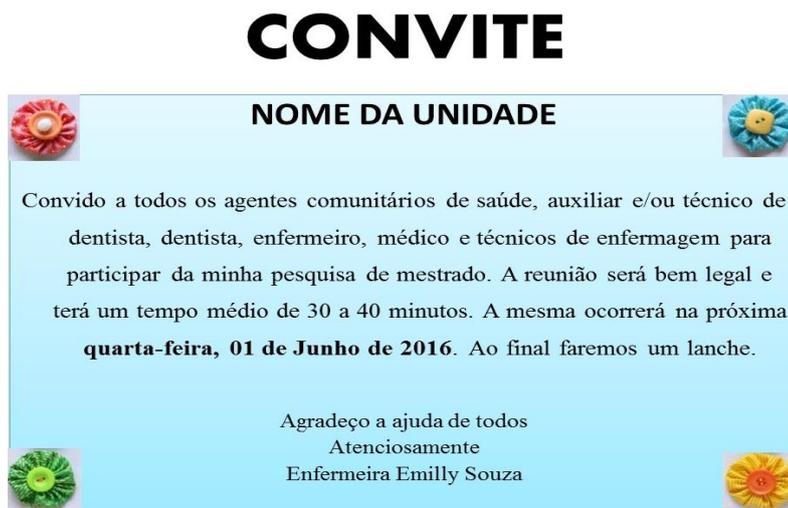
A utilização da técnica trouxe benefícios no sentido de proporcionar não somente a captação das falas dos participantes, mas a profundidade das relações interpessoais e expressões corporais. Porém, ocorreram dificuldades relacionadas aos reagendamentos necessários das entrevistas, por não conseguir a presença dos membros da equipe de saúde, além da disponibilidade de recursos financeiros com deslocamento até as unidades e lanche fornecido aos participantes ao final de cada GF.

Houve o cumprimento das seguintes etapas para coleta do material empírico em cada USF:

- I. contato telefônico com a Diretoria Administrativa ou Diretoria Médica ou enfermeira atuante da USF, para agendamento de uma reunião com a pesquisadora, com fins de apresentação e entrega de projeto de pesquisa;

II. ida da pesquisadora à USF para conversa com o contato realizado previamente, apresentação da pesquisa e convite da (s) equipe (s) para participação do GF com entrega de envelope contendo documentos de aprovação e cópia do projeto de pesquisa. Ao final, em comum acordo, ocorreu agendamento do dia e horário a ser realizado o GF. Nesse momento foi explicada a duração média do grupo, objetivos e trabalhadores que poderiam participar. Foi esclarecido também que, caso houvesse necessidade de cancelamento, seria importante a comunicação de forma antecipada, fato que não ocorreu em algumas equipes. A dois dias do encontro foi enviado de forma privativa para os participantes, por meio de um aplicativo de mensagens instantâneas (*WhatsApp*), um convite lembrando o encontro e agradecendo desde já a presença, como pode ser visualizado na figura 3. Foi possível observar que essa iniciativa foi positiva para os trabalhadores, no sentido, inclusive, de sentirem-se valorizados;

Figura 3 – Modelo de convite para participação do Grupo Focal.



Fonte: Autora (2016).

III. ida à USF para realização do GF. Realização da entrevista coletiva com duração de 30 a 50 minutos, com a participação de 6 a 10 pessoas por grupo e sempre com a presença da coordenadora (pesquisadora) e, no mínimo, de uma observadora (auxiliar de pesquisa). Foram utilizados como locais para realização dos grupos: sala de reunião, consultório e copa da unidade. Ao final foi fornecido um lanche e houve agradecimentos pela participação; e

IV. transcrição das entrevistas até uma semana seguinte à sua realização.

O desenvolvimento dos GFs respeitou a recomendação de estimular os participantes a gerarem suas perguntas e a buscarem respostas pertinentes à questão sob investigação

(BACKES, et al, 2011). Para isso, foi utilizado um roteiro (APÊNDICE B) baseado em quadro proposto pelo Ministério da Saúde (2009a), contendo passos para problematizar as práticas de saúde. Vale ressaltar que o roteiro objetivou orientar e estimular a discussão, possuindo flexibilidade, de modo que ajustes durante o decorrer do trabalho pudessem ser feitos, em função do processo interativo concretizado, sem perder de vista os objetivos do estudo (GATTI, 2012).

Essa característica de flexibilidade do roteiro utilizado também corrobora com o referencial teórico do estudo, visto que Freire (2005) afirma que se deve tomar cuidado ao preestabelecer roteiros a partir de pontos prefixados pelos investigadores que se julgam a si mesmos os sujeitos exclusivos da investigação.

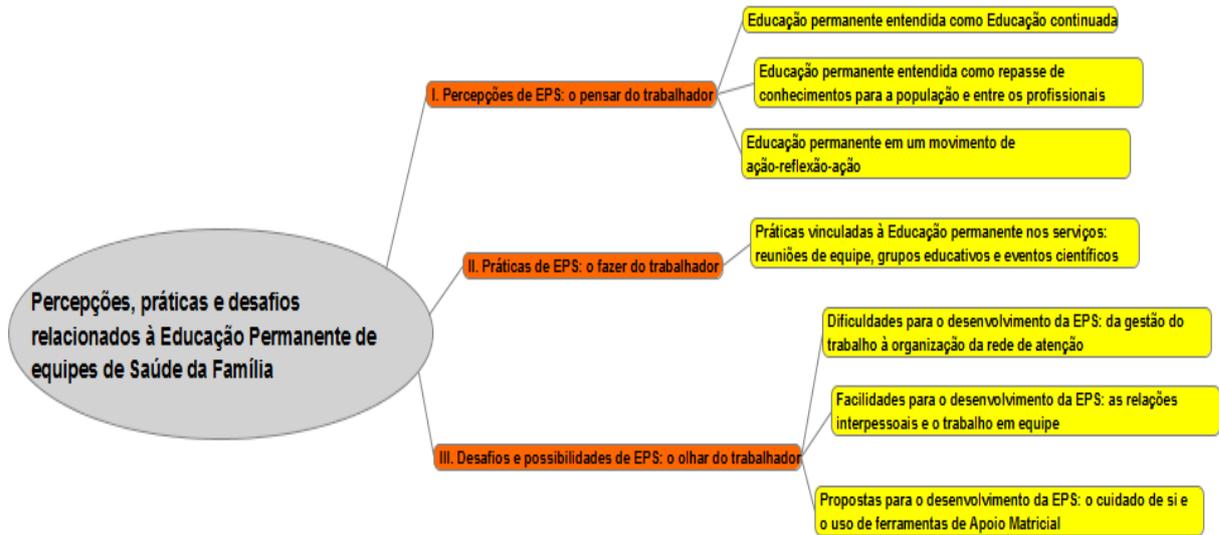
4.6 Análise do material empírico

As entrevistas foram analisadas de acordo com a Análise de Conteúdo na modalidade Temática proposta por Minayo (2014). A análise temática é um tipo de análise de conteúdo em que emergem temas do material analisado, representados por palavras ou frases, favorecendo a compreensão de significados. Neste estudo, a análise temática foi escolhida por maior familiaridade e apropriação da pesquisadora com a técnica e pela possibilidade de analisar o material empírico, tomando como referencial de análise a EPS, buscando a elucidação do objeto do estudo (MINAYO, 2014).

Seguiram-se as seguintes etapas: pré-análise (leitura flutuante fazendo relações com o referencial teórico), exploração do material (seleção de unidades de registro, referentes às falas, ações, gestos ou outros elementos observados), estabelecendo unidades de contexto para compreensão e significação das unidades de registro; e tratamento dos dados obtidos e interpretação (MINAYO, 2014).

Nessa última etapa, de exploração, foi realizado o processo de categorização, através da apropriação das unidades de registro e de contexto e amparando-se no referencial teórico. Assim, emergiram os temas, incluídos em cada um deles os núcleos de sentido pertinentes. Para sintetizar e representar as informações e seu tratamento foi utilizado o programa *FreeMind*®, facilitando a construção de um mapa mental, representado na figura 4.

Figura 4- Mapa mental temático referente aos temas e núcleos de sentido emergidos da categorização, construído com o programa *FreeMind*®.



Fonte: Autora (2016).

O desvelamento desse universo temático gerado pelo espaço interdisciplinar permitiu a descoberta de núcleos de sentido permeados por significados e modelos de comportamento presentes no dia a dia (BACKES et al, 2005; MINAYO, 2014). À luz do referencial teórico pertinente foi possível chegar à construção de explicações sobre o objeto de estudo e, a partir deste momento, apresentamos os resultados obtidos e a sua interpretação.

5. APROXIMANDO-SE DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO: DA CARACTERIZAÇÃO E AUTOAVALIAÇÃO

5.1 Conhecendo os participantes do estudo

No primeiro momento, após aceitarem e assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, os 32 participantes do estudo se disponibilizaram a preencher a ficha de caracterização dos trabalhadores.

Antes do preenchimento foi explicado que teriam a liberdade de não responder a algum item caso não desejassem, havendo alguns tópicos que não foram preenchidos por todos. Dentre eles, os que apresentaram maior taxa de não preenchimento foram o de rendimento bruto no serviço e de indicação do tempo da última participação em cursos de EP, os quais apresentaram, respectivamente, 62,5% e 28,1% de respostas em branco.

Sobre os dados de identificação, participaram 78,1% (n=25) de trabalhadores do sexo feminino e com idade acima de 35 anos (87%), destacando-se a taxa de trabalhadores na faixa etária de 40 a 49 anos (40,7%). Quanto ao tempo de serviço, 34,3% (n=11) dos trabalhadores afirmaram possuir de 2 a 5 anos naquele local de trabalho; 31,4% (n=10) estão há mais de 10 anos; 28,1% (n=09) estão de 5 a 10 anos e 6,2% (n=02) estão no serviço há menos de dois anos.

Referente ao rendimento mensal bruto declarado, apenas duas categorias profissionais preencheram esse tópico, sendo 11 ACS e uma enfermeira, apresentando valores de R\$2.595,00 e R\$9.000,00, respectivamente, o que indica disparidade salarial significativa.

Em relação às informações profissionais, conforme esperado, o número mais expressivo de respondentes foi o de ACS (20), seguido dos médicos (4), auxiliares ou técnicos de enfermagem (3), enfermeiras (3), dentista (1) e ACD (1).

Em relação à escolaridade/formação, um dado que chama a atenção é que, apesar da maioria dos participantes assumir cargo de nível médio (como ACS), 68,8% (n=22) dos trabalhadores declararam possuir nível superior completo, informando graduação em Farmácia, Serviço Social, Jornalismo, Medicina e Direito. Dentre os trabalhadores que possuem nível superior, 72,7% (n=16) declararam ter concluído um curso de pós-graduação e, destes, 9 indicaram curso de especialização em Saúde Pública ou Saúde da Família. Porém, vale frisar que foram citadas pós-graduações em outras áreas, como Clínica Médica, Geriatria e Gerontologia, Saúde do Trabalhador, Gestão Hospitalar, Farmacologia Clínica, Terapia Intensiva, Pediatria e Novas Tecnologias em Educação.

Com relação à última pergunta, sobre a participação em cursos de EP, destaca-se que 37,6% (n=12) dos trabalhadores afirmaram ter participado em período entre 1 e 2 anos; e 31,2% (n=10), em período inferior a um ano.

5.2 Autoavaliação das equipes sobre EP e sua qualificação

Sobre a autoavaliação a respeito da EP e qualificação das equipes, após somatório dos pontos atribuídos a cada tópico e classificação, conforme preconizada por Brasil (2016), os dados mostram que 43,8% dos trabalhadores consideraram nível “satisfatório” no geral. Pode ser destacado ainda que 31,2% consideram como nível “regular”, como pode ser visualizado na tabela abaixo:

Tabela 1 – Classificação da autoavaliação sobre Educação Permanente e qualificação das equipes, conforme instrumento AMAQ Atenção Básica 2016, Maceió-AL-2016 (n=32).

Soma das pontuações	Classificação	N*	%**
0 a 6	Muito insatisfatório	01	3,1
7 a 12	Insatisfatório	04	12,5
13 a 18	Regular	10	31,2
19 a 24	Satisfatório	14	43,8
25 a 30	Muito satisfatório	03	9,4

Fonte: Autora (2016).

*número de participantes

**percentual correspondente ao número de participantes

A partir desse resultado, percebe-se que a autoavaliação pelos trabalhadores apresenta divergências, sendo apontada a insatisfação relacionada aos aspectos da EP e qualificação. A classificação obtida apresenta diferença significativa ao comparar com estudo de abordagem quantitativa realizado em Sobral-CE, também utilizando questionário de autoavaliação, o qual identificou que, dentre 27 equipes de saúde, 23 consideram nível “muito satisfatório” (PORTELA, DIAS, VASCONCELOS, 2013).

As maiores pontuações (8-10) foram atribuídas ao tópico “Os profissionais da equipe de nível superior e médio possuem formação complementar que os qualifica para o trabalho na Atenção Básica”, o que indica que os trabalhadores se sentem qualificados para atuarem nos serviços, considerando como exemplos de formação complementar as especializações em Saúde da Família, residências ou cursos de atualização e aperfeiçoamento na área. Esse dado reforça o que os trabalhadores preencheram no questionário de caracterização, visto que dentre 16 deles que possuem nível superior, 9 afirmaram possuir especialização na área.

Assim, é possível apreender que há interesse dos participantes pela continuidade da aprendizagem após a graduação.

Porém, é necessário refletir que a qualificação profissional ultrapassa o sentido de realização de cursos ou capacitações por iniciativa pessoal com a finalidade de adequação ao mercado de trabalho e maior produtividade, estando associada à organização, à gestão de práticas de trabalho e à autoconstrução da subjetividade dos trabalhadores. À medida que o trabalhador se qualifica, na linha do referencial teórico adotado neste estudo, ele está sistematizando suas experiências, utilizando o patrimônio cultural a serviço dos homens, aumentando sua responsabilidade diante da realidade (FREIRE, 1979; TARTUCE, 2002).

Ao entender dessa forma a qualificação, o trabalhador do SUS, em especial, é colocado como sujeito de suas ações, sendo estas produto da luta incessante por melhores condições de trabalho e por uma vida em sociedade cujo significado possibilite um projeto emancipatório, vislumbrando a aplicação dos princípios da reforma sanitária (VIEIRA, CHINELLI, 2013). Desse modo, o fato do profissional possuir formação específica na área de atuação pode constituir um diferencial para a atenção à saúde, principalmente no que se refere ao acolhimento, à humanização e à responsabilização, aspectos evidenciados estatisticamente através de estudo transversal realizado por Silva e Caldeira (2011), mediante inquérito com 49 equipes de Saúde da Família em Montes Claros-Minas Gerais.

Apesar dessa potencialidade apresentada pelos participantes do presente estudo, eles atribuíram as menores pontuações (0-3) ao tópico “A equipe utiliza dispositivos de educação e apoio matricial a distância para a qualificação do cuidado prestado aos usuários”. Vale ressaltar que foi observado, no momento do preenchimento desse tópico, expressões faciais pelos trabalhadores de estranhamento, sinalizando a não utilização desses dispositivos no cotidiano do trabalho. Podem ser citados, como exemplos de dispositivos, a participação em cursos de Educação a Distância (EAD) e atividades ofertadas pelos Núcleos de Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica, como as teleconsultorias.

Observa-se que esse aspecto relacionado à não utilização de atividades de EAD também foi identificado por Pinto *et al* (2014) ao analisarem dados secundários da base de dados da avaliação externa do PMAQ Atenção Básica no seu primeiro ciclo, entre os meses de março e agosto de 2012, mostrando que a região Nordeste apresentou o segundo menor percentual de participação (22,05%), somente perdendo para a região Norte.

Sobre isso, Santos *et al* (2014) afirmam que a falha em adotar as tecnologias de informação pode estar relacionada a diversos fatores, como a falta de clareza dos benefícios para a tomada de decisão, restrições financeiras, resistência dos profissionais, falta de

experiência e inércia do sistema de saúde. Além destes, as questões de falta de estrutura nas unidades de saúde, a falta de conectividade e o processo lento de implantação de iniciativas como o Telessaúde também são citadas pelos autores, o que reflete na dificuldade ainda existente de incorporar a utilização das tecnologias no local de trabalho (LAGUARDIA, CASANOVA, 2010; CARDOSO, 2013; PEREIRA, SENA, 2016).

Conforme dados do PMAQ em 2012, em que foram avaliadas 38.812 unidades de saúde, somente 19.889 possuíam computador, 13.748 com acesso à internet, e 4.931 de equipes que tinham Telessaúde. Além disso, o Nordeste destaca-se com percentuais baixos em equipamentos necessários para a realização de teleconferências e teleconsultorias, como caixa de som, câmera e microfone; acesso à internet abaixo de 20% nas equipes e menor percentual (2,8%) de utilização do Telessaúde do país (ANDRADE, 2014). Em Pernambuco, por exemplo, 80% dos pontos de Telessaúde têm velocidade de conexão igual ou inferior a 256 Kbps, quando seria ideal por webconferência uma velocidade superior a 512Kbps (NOVAES, MACHIAVELLI, VERDE, 2012).

Entretanto, a aplicação da EAD de forma planejada vem se mostrando uma estratégia possível para articulação do ensino e do cotidiano de trabalho, seguindo os princípios de comprometimento, qualidade e interação. Mesmo nessa modalidade, pode-se criar oportunidades para mobilização, troca e construção de novos saberes, autonomia dos sujeitos, e, conseqüentemente, contribuir para uma nova forma de fazer saúde (PAIM, ALVES, RAMOS, 2009; RANGEL-S et al, 2012).

Diante dessa primeira aproximação com os aspectos que envolvem o universo dos trabalhadores deste estudo, observa-se que há contradições na forma de avaliar o processo de EP e sua qualificação para o trabalho, o que indica, mesmo que de maneira inicial, a existência de insatisfação. Ao mesmo tempo, revela-se a qualificação dos trabalhadores para a área de exercício profissional e dificuldades ainda existentes no cotidiano do trabalho, como a não utilização de dispositivos de EAD.

Na interpretação dialógica, entende-se essas contradições como instrumentos-base para construção de um espaço potente de mudança, visto que a presença de conflitos e insatisfações são pontos disparadores de processos de reflexão. Assim, em busca de mergulhar nos fenômenos que cercam o trabalho e as percepções, práticas e desafios relacionados à EPS pelas equipes da ESF, apresentamos a discussão por tema emergido a partir dos GFs, sendo: *Tema I – Percepções de EPS: o pensar do trabalhador*; *Tema II – Práticas de EPS: o fazer do trabalhador*; e *Tema III – Desafios e possibilidades de EPS: o olhar do trabalhador*.

6. RESULTADOS DO ESTUDO: DESVENDANDO O PENSAR, O FAZER E O OLHAR DO TRABALHADOR

6.1 TEMA I – Percepções de EPS: o pensar do trabalhador

A ESF configura-se, desde sua criação, como estratégia para a expansão e consolidação da Atenção Básica no país, propondo centrar sua atenção no usuário e promover acesso aos serviços a partir do mais alto grau de descentralização. Como necessidade concreta para essa consolidação, sendo responsabilidade de todos os membros da equipe de saúde, coloca-se o desenvolvimento da EPS, ao favorecer a qualificação das práticas de cuidado, gestão e participação popular. É através da EPS que se torna possível a incorporação de maior capacidade de análise, intervenção e autonomia para a transformação da realidade, estreitando a relação entre a concepção e a execução do trabalho (BRASIL, 2012a).

Para isso, é necessário trabalhar sob uma nova ótica, em que o local de trabalho se constitua o principal espaço para emersão da potencialidade reflexiva, em que os trabalhadores podem pensar, sentir, querer, agir, ser criativos e autônomos. Assim, a EPS envolve o nível molar (macro) e molecular (micro), sendo expressão de políticas, economias, desejos e formas de andar a vida, na tentativa de associar necessidades e possibilidades (FORTUNA et al, 2011; PAGANI, ANDRADE, 2012).

Nesse sentido, entender a percepção do trabalhador em relação à EPS envolve adentrar no que faz sentido para o indivíduo, tal como é manifestado por ele. Essa percepção é permeada por estímulos sensoriais e experiências obtidas, unindo estímulos objetivos e interpretações subjetivas. Desse modo, ao utilizar o enfoque hermenêutico-crítico como inspiração, a investigação se distancia do realismo ingênuo que considera puramente a apreensão direta e precisa do “mundo exterior” (ALBUQUERQUE, BOSI, 2009).

Além disso, considera-se que, ao questionar o que o indivíduo percebe sobre algo, se está favorecendo a reflexão sobre tal aspecto, e isso faz gerar um movimento recíproco, pois a própria reflexão aumenta o seu campo de percepção, passando a visualizar o que não era percebido, inclusive sobre ele mesmo, seguindo a linha de raciocínio da EPS (FREIRE, 2005).

Dessa forma, ao retornar para o material empírico analisado, uma percepção observada nas falas dos trabalhadores é a da **Educação Permanente entendida como Educação Continuada**, à medida que atrelam a EPS às expressões “reciclagem”, “atualização”, “novidades” e “discussão de casos clínicos”.

Médica 1: É uma reciclagem da nossa formação, sempre se atualizando.

ACS 2.1: Atualizar-se, né? Sobre as novidades na sua área de atuação.

Médica 3: Atualização, discussão de casos clínicos, né?

A associação desses termos à EC se deve ao fato da própria ideologia imbuída nessa forma de realizar educação, trazendo a conotação de ação desenvolvida após a profissionalização, com propósito de atualização de conhecimentos e aquisição de novas informações, possuindo duração definida e ênfase na dominação da tecnologia e saberes do seu tempo pelo profissional, por meio de metodologias formais (GIRADI, CRUZ, STEFANELLI, 2006).

Pode-se afirmar que o termo reciclagem vem sendo utilizado amplamente no meio educacional para se referir a cursos rápidos e descontextualizados da realidade prática, ao sentido “descartável” do ensino superficial, sendo atrelado à atualização pedagógica e cultural a fim de obter melhores resultados, apresentando uma tendência ao desuso por ser mais adequado às coisas que às pessoas (FUSARI, 1988; FERNANDES, 2009; ALVARADO-PRADA, FREITAS, FREITAS, 2010; MORAES, OLIVEIRA, 2014).

O termo atualização traz o sentido de colocar o educando em contato com aquilo que é atual, com os últimos acontecimentos produzidos na área, os quais devem ser encontrados nos resultados de estudos e pesquisas, estando relacionados a conteúdos, métodos ou técnicas. Ceccim (2005a) afirma que as atualizações devem fazer parte da qualificação, mas não como estratégia central.

Dessa forma, identifica-se o equívoco conceitual por parte dos participantes do estudo, fato também evidenciado por Sousa, Brandão e Parente (2015) e Viana *et al* (2015). Tais autores tentam explicar que esse equívoco entre os profissionais pode ser influenciado pelo fato de a qualquer atividade pedagógica relacionada aos serviços se atribuir o conceito de EPS. Ceccim (2005a) ainda acrescenta que essa concepção possui raízes do contexto de predominância da valorização do saber técnico e do domínio de tecnologias duras ainda tão presente no serviço como objeto de aprendizado pelos trabalhadores da Saúde.

Apesar disso, ao mesmo tempo em que realizam a associação entre a EPS e os termos vinculados à EC, os trabalhadores sinalizam que a prática educativa requer a característica de continuidade, ao frisar nos relatos palavras como “sempre” e “constante”, conferindo a ideia de algo processual e inacabado.

Enfermeira 4: É uma atualização constante dos assuntos pertinentes à saúde pública, né? Tá sempre se reciclando, estudando.

Enfermeira 2: Renovação de aprendizado, né, uma reciclagem, tá sempre aprendendo, trazendo coisas novas pra equipe, né... É propriamente permanente.

Mesmo parecendo confusa essa forma de perceber a prática de EC como algo permanente, os autores trazem que a combinação pode ocorrer, sem deixar de considerar que esta possui princípios metodológicos diferentes da EPS. De acordo com Paschoal, Mantovani e Méier (2007) e Souza e Lima (2015), a EC pode possuir característica de continuidade e contribuir para uma mudança de atitude e comportamento, já que o almejado é que o profissional não somente adquira novos conhecimentos, mas questione de alguma forma o que estes podem melhorar a sua prática.

Além disso, Carrota, Kawamura e Salazar (2009) destacam outras características da EC, como o aprendizado por meio de cursos, palestras e eventos, visando à atualização, ao crescimento e ao aperfeiçoamento pessoal e profissional, preferencialmente de modo espontâneo e individual. O fato de a EC envolver a iniciativa pessoal é reforçado pelos trabalhadores, os quais ainda acrescentam a necessidade de investimento financeiro para sua realização:

ACS 4.2: É uma questão pessoal de cada um, né? Cada um busca o melhor direcionamento que acha. Como ACS posso procurar; ele (apontando para o colega de trabalho) já não pode, e assim sucessivamente.

Dentista 3: Ah, pagando, né? (riso). Por conta própria.

A verticalidade também é característica comum das ações da EC, de forma que, na maioria das vezes, não se baseia nas necessidades dos profissionais, mas sim em conteúdos técnicos preestabelecidos pela gestão. Ao contrário disso, a EP traz a lógica da dinâmica da roda (gestão coletiva), fundamentada em uma metodologia problematizadora (CARROTA, KAWAMURA, SALAZAR, 2009; LIMA *et al*, 2016).

A respeito da forma predominantemente descendente de realizar EC, observou-se em uma das equipes entrevistadas a divergência de compreensões. Enquanto a enfermeira do serviço acredita na EPS como uma prática hierarquizada, partindo da gestão para a equipe e desta para a comunidade, o ACS defende a possibilidade de realização de EPS na unidade de saúde independentemente da iniciativa da Secretaria de Saúde.

Enfermeira 2: Então a gente precisa vir de lá, da secretaria que trabalhe com a gente, pra trabalhar com a equipe, e a equipe trabalhar com a comunidade. Então, quer dizer, a educação permanente não só depende da gente.

ACS 2.1: Parece que a gente tem mania de cabresto, precisa vir uma ordem da Secretaria de Saúde pra se organizar, como se todo mundo fosse bebezinho pra não saber. Olha, vamos sentar aqui, esperar secretaria não, secretaria vá pra 'PQP', então vamos trabalhar aqui o que a gente pode, vamos ver aqui o que a gente pode.

Sobre essa questão, a PNEPS preconiza o fortalecimento de ações de modo descentralizado *in loco* nos serviços de saúde, ao mesmo tempo em que estimula o envolvimento dos diversos sujeitos e seus diferentes saberes, articulando gestão e atenção. Desse modo, os trabalhadores devem contar com a cooperação e o assessoramento técnico da gestão para o que se fizer necessário, fato que pode estar demonstrando fragilidade a partir dos relatos dos participantes, visto que poderíamos questionar se há relação entre a necessidade relatada de financiamento próprio para realização de cursos e atualizações e a falta de apoio da gestão (BRASIL, 2004b, 2007).

Entretanto, não há sentido o apoio do gestor sem que este compreenda a real dimensão da EPS, pois culminará em decisões autoritárias e verticais. Na lógica da EPS, o gestor assume uma função de apoiador, não fazendo pelas ou para as equipes, e sim com as equipes, apoiando a análise, a elaboração e o planejamento de tarefas e projetos de intervenção (PEREIRA-JÚNIOR, CAMPOS, 2014). Assim, essa ótica se contrapõe à percepção trazida pela enfermeira, visto que, ao invés da educação se fazer de “A” para “B” ou de “B” para “A”, ela se faz de “A” com “B”, mediatizada pelo mundo, o que somente dessa forma lhe confere o caráter autêntico, segundo Freire (2005).

As relações estabelecidas entre a liderança e os indivíduos não podem ser resumidas ao ponto de vê-los como meros fazedores ou executores de suas determinações, pois assim sendo estarão reforçando a manipulação e negando a reflexão do fazer. Deve existir uma unidade, e não posse de um pelo outro (FREIRE, 2005). Isso faz refletir que, se o profissional entende a educação como prática vertical, ele corre o risco de reproduzir essa lógica com a população, incorporando a ideia de que a sociedade precisa seguir aquilo que lhe for determinado.

Apesar de acreditar no potencial da articulação entre gestão e atenção para o desenvolvimento da EPS, ainda é possível evidenciar pelos relatos dos trabalhadores que predomina a oferta de EP por instituições externas ao serviço de saúde, como órgãos de classe, por exemplo. Os trabalhadores citam como principais formas de divulgação das ações os cartazes, a internet (via e-mail) e as redes sociais, com destaque para o aplicativo *WhatsApp*. Afirmam ainda sentir falta de cartaz que anteriormente era colocado na unidade com o planejamento das ações anuais.

ACS 1.1: [...] Eles mandam um cartaz, né... Nunca mais chegou, né? Todo ano mandavam um cartaz com os cursos e as datas, mas este ano nem chegou.

Médica 1: Eu... O Conselho de Medicina oferece muitos cursos, aí eu sempre participo [...] E também pela internet o Conselho Federal de Medicina manda muito comunicado, chega no e-mail, manda muito curso.

ACS 1.1: No meu caso é mais a rede de relacionamento. A gente fica sabendo de alguém que tá oferecendo e tal. Porque às vezes a instituição, como é a SMS, a Estadual e a Municipal, oferece, né, Mas... A gente busca na internet e a gente vai fazer.

Esse aspecto indica que existem parceiros para o desenvolvimento de ações frente às equipes, inclusive preocupando-se com o planejamento antecipado. Porém, é relevante reforçar a importância de que essas instituições compreendam que não devem resumir as ações a uma lista de temas e necessidades individuais de atualização, mas devem planejar junto às equipes para que a definição de problemas esteja de acordo com a realidade dos espaços de atenção à saúde (SILVA, BONACINA, 2012).

É possível refletir a partir dos relatos que o acesso à internet se faz presente como veículo rápido e de baixo custo, principalmente com a ampla utilização dos celulares smartphones. Um fato ocorrido durante um dos GFs pôde trazer essa questão à tona, pois, quando questionados sobre o que entendiam por EP, um profissional pesquisou naquele exato instante em seu celular, justificando que a resposta poderia não ser a correta. Isso nos chamou a atenção, pois, se compararmos os dados coletados neste estudo, a partir do instrumento AMAQ, as menores pontuações atribuídas pelas equipes foram em relação a dispositivos de educação e apoio matricial a distância, contudo, percebe-se a potencialidade desse tipo de dispositivo para a realização de EPS.

De acordo com Silva *et al* (2015), os avanços tecnológicos trouxeram mais oportunidades de acesso às informações, em que as pessoas conseguem interagir e pesquisar em tempo real. Assim, apesar de, na área da saúde, as Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) serem mais utilizadas para a oferta de cursos de pós-graduação e atualização, há um amplo espaço para criação de estratégias que possibilitem o fortalecimento de programas de EP mais acessíveis pelas equipes de saúde.

Godoy (2004) e Grossi e Kobayashi (2013) afirmam que a formação através de ambientes virtuais possibilita ao profissional a simultaneidade entre a formação e a atuação, já que ele não necessita se ausentar do ambiente de trabalho ou participar em horário diferente do praticado. Essa proposta, também denominada de autoinstrução, pode ser utilizada na EPS, dispensando a presença do professor e estimulando a troca de experiências e saberes.

Podem ser citados, como iniciativas para o estímulo ao uso de TIC no cenário do SUS, o Programa Telessaúde, vinculado ao Ministério da Saúde, o qual visa ao uso das modernas TICs nos diversos níveis de atenção à saúde, e a Rede Universitária de Telemedicina (RUTE), vinculada ao Ministério da Ciência e Tecnologia, cujo objetivo é promover a estrutura de serviços de comunicação para grupos de pesquisa, agregando hospitais públicos universitários e possibilitando videoconferências (FRANÇA *et al*, 2016).

Os trabalhadores ainda manifestaram contradições nos discursos a respeito da oferta de cursos pela SMS. Enquanto algumas equipes indicaram a falta de cursos há anos, outra equipe afirmou que os cursos são oferecidos com certa frequência.

ACS 3.2: O último curso mesmo que a secretaria deu pros agentes de saúde tem mais ou menos uns 10 anos, tem mais ou menos isso. E eu fiz parte. Só que curso mesmo pra qualificar o agente, pra dar uma estrutura mesmo, foi só o primeiro módulo, e ficou de dar o segundo módulo, e até hoje... Acho que tem uns dez anos, porque antes deles entrar já tem oito anos.

ACS 4.3: Na verdade, a secretaria oferece cursos, ela tem até oferecido bem os cursos.

Ao comparar as falas com os dados obtidos no questionário de caracterização, pode-se inferir que os cursos dos quais os trabalhadores estão participando não são oferecidos pela gestão municipal, visto que, apesar da maioria dos trabalhadores (37,6%) sinalizar no preenchimento do questionário participar de algum curso de EP no período entre 1 a 2 anos, ao mesmo tempo nos GFs ficou evidenciada a falta de oferta de cursos pela SMS. Esse fato traz à tona o seguinte questionamento: por que então existe divergência por uma equipe que afirma a oferta de cursos de maneira regular pela SMS?

Isso nos faz refletir sobre os aspectos que podem estar permeando esse processo, como a existência de falhas na comunicação entre a SMS e o serviço, assim como a inviabilidade e a falta de interesse pelos trabalhadores em participar do que lhe é oferecido, o que somente é possível compreender de modo profundo através de investigação conjunta dos diversos atores envolvidos nessa articulação. No entanto, vale ressaltar que a inexistência de processo educativo junto aos trabalhadores gera dificuldade no estabelecimento do trabalho em equipe e, conseqüentemente, na assistência prestada à população (ALVES *et al*, 2013).

As equipes que afirmaram participar de cursos presenciais oferecidos por outras instituições consideraram positiva a resolutividade do serviço de saúde oportunizada através desses momentos.

Técnica de enfermagem 1: Os cursos da APALA foram muito bons porque eles deram uma certa liberdade, tanto o agente como os técnicos como a enfermeira e médica, se a gente identificasse alguma coisa na área que não vinha... A gente poderia encaminhar. Como a médica é muito cheia, né, doutora? Ela deu essa liberdade da gente encaminhar o paciente e lá eles tomavam a decisão. Nós encaminhamos uma menina pra lá e graças a Deus a menina está sendo acompanhada. Não teve problema nenhum, chegou fazer cirurgia e tudo, mas resolveu tudo.

A fala acima demonstra contradição ao fato de que, na maioria das vezes, os trabalhadores acreditam que as capacitações oferecidas não trazem transformações nas práticas (SANTOS *et al*, 2015). Apesar disso, os ACS ainda expressaram a existência da desarticulação com a prática e a inaplicabilidade dos conhecimentos adquiridos através dos cursos, como se vê nas falas abaixo:

ACS 3.2: Ninguém vai parar e utilizar esse curso. Então, ficou na nossa mente, mas pra utilizar... Ficou pra gente, pra abordar isso em ação aqui, eu acho que aqui é muito difícil.

ACS 4.1: Um curso não prático, mas foi proveitoso.

Sobre essa relação teoria-prática, Moreira e Santos (2013), através de pesquisa de abordagem qualitativa com 70 ACS do Estado de Santa Catarina, identificaram que esses nem sempre colocam em prática o que aprendem na teoria, mostrando a necessidade de aproximar o ‘saber’ e o ‘fazer’. Dessa forma, os ACS reforçam que o processo de trabalho na comunidade deve estar atrelado ao contexto vivenciado, aos problemas locais (ALVES *et al*, 2013).

Amaral, Pontes e Silva (2014) acrescentam que geralmente os ACS recebem treinamentos fragmentados, dados por vários programas, descontextualizados da vivência. Isso reflete na reprodução de visões e conceitos cristalizados, predominando a concepção biológica, pois somente o saber teórico e técnico não é capaz de envolver os desafios e as relações sociais existentes no contexto das coletividades. Assim, justifica-se a busca pela construção da aprendizagem significativa preconizada pela EP, ao passo que incorpora o diálogo aprender-fazer à rotina do dia a dia (SANTOS, MIRANDA, 2016).

À luz do referencial teórico adotado neste estudo, pode-se afirmar que a educação não faz sentido se existir descaracterizada, não coincidindo com os atos. Segundo Freire (2005), dizer uma coisa e fazer outra não leva a palavra a sério, perdendo o estímulo à confiança. Torna-se uma dissertação de conteúdos que pouco ou nada tem a ver com os anseios, dúvidas, esperanças e temores dos homens, não sintonizando com a situação concreta vivenciada, sendo, portanto, um discurso a mais, alienado e alienante.

Dessa forma, além da distância entre teoria e a prática, outras críticas à EC são sinalizadas pelos trabalhadores, como: falta de divulgação, curto tempo de duração e metodologia utilizada nos cursos:

ACS 2.2: A gente não sabe, a gente vai se capacitando perguntando ao outro, porque a secretaria, na realidade, quando vem um curso é muito rápido, um curso relâmpago, e você não absorve muita coisa.

ACS 4.3: O curso que nós tivemos foi estourar balão, foi brincar em grupo, então assim nós não tivemos.

A fala do ACS acerca da aplicação de dinâmica no curso traz a reflexão sobre a possibilidade de mudança nas práticas educativas por meio do uso de metodologias participativas de aprendizagem. Porém, essa ação é vista como negativa pelo profissional, o que nos remete à influência da predominância do método tradicional de ensino, denominado por Freire (2005) como educação bancária. De acordo com o autor, a reação gerada pode ser considerada como esperada, pois defende que instintivamente os homens reagem a qualquer tentativa de educação estimulante ao pensar autêntico, já que busca estimular o estabelecimento de nexos da realidade, de um ponto a outro, ou um problema a outro (FREIRE, 2005).

As metodologias participativas, assim denominadas por fazer referência aos métodos empregados no modelo de educação popular idealizado por Freire, pressupõem a interação entre os homens, seus sentimentos, crenças e ações, reorientando posturas, atos e opiniões. O uso dessas metodologias não consiste em ensinar, mas ao estímulo à criatividade e à iniciativa. Assim, a pessoa pensa, entende e aplica o conhecimento (ROCHA, BEVILACQUA, BARLETTO, 2015).

Estas, por sua vez, reforçam a perspectiva da EPS, ao entender que o processo ensino-aprendizagem deve ser marcado pela autonomia das pessoas, o que pode ajudar na ampliação do olhar sobre outras dimensões da realidade, já que não parte de problemas previamente dados, mas sim da própria ação-reflexão-ação dos educandos. Não se restringe à discussão teórica e amplia a integração entre os sujeitos e o diálogo entre eles (SIMON *et al*, 2014).

No entanto, considerando a evolução histórica na área da Saúde, percebe-se ainda, desde o processo de formação do profissional, a hegemonia do ensino fragmentado por disciplinas, valorizando o conhecimento científico em detrimento do saber popular (FREIRE, 2005; XAVIER *et al*, 2014). Logo, segundo Figueiredo e Campos (2014), se começa a acreditar no processo ensino-aprendizagem restrito à transmissão de conhecimentos entre sujeitos que detêm o conhecimento a outros que retêm esse conhecimento e deverão repeti-lo.

Essa forma de pensar a educação pode ter contribuído para outra percepção observada entre os trabalhadores: a **Educação permanente entendida como repasse de conhecimentos para a população e entre os profissionais.**

Os participantes associaram que, ao realizarem ações educativas em saúde junto à população, já estão desenvolvendo EPS, como pode ser visualizado nas seguintes falas:

Médica 1: Levar os assuntos pra eles (referindo-se à população), de forma que eles entendam. De forma básica pra eles entenderem e sempre fazemos com a população.

Dentista 3: A odonto mesmo, a gente tinha até programado pra fazer educação continuada com crianças com escovação antes do atendimento.

Para compreensão da relação estabelecida pelos trabalhadores, coloca-se *a priori* que a educação em saúde faz parte das atribuições dos profissionais da ESF e traz resultados satisfatórios para o empoderamento e promoção da saúde dos indivíduos, modificando atitudes e condutas relacionadas à saúde (BRASIL, 2012a). O MS define educação em saúde como:

Processo educativo de construção de conhecimentos em saúde que visa à apropriação temática pela população [...]. Conjunto de práticas do setor que contribui para aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado e no debate com os profissionais e os gestores a fim de alcançar uma atenção de saúde de acordo com suas necessidades (BRASIL, 2006).

Preconiza-se que essa educação seja realizada favorecendo o saber popular e as individualidades dos sujeitos, algo que, no discurso dos trabalhadores, ainda não foi possível visualizar. A prática é ainda voltada para educação para a saúde, significando o predomínio da visão da população como ignorante que precisa ser ensinada pelos profissionais, os quais detêm o conhecimento (FALKENBERG *et al*, 2014).

Nesse contexto, a relação entre profissional e população é permeada por poder, sendo observado que muitas vezes a população enxerga o profissional como um “espelho” a ser seguido, e sua orientação é regra por deter o conhecimento científico e possuir um grau maior de escolaridade. Ao nos aproximar dos pensamentos freirianos, podemos considerar a população como oprimida diante do profissional, tendo neste o seu testemunho de “homem”. Quando o profissional de saúde se glorifica pelo autoritarismo e prescreve seus conselhos à população, rouba a palavra desta e gera uma profunda descrença, considerando-a incapaz. Assim, toda prescrição é a imposição da opção de uma consciência a outra, contrapondo o diálogo e a ideologia da EPS (FREIRE, 2005, 2011).

Oliveira e colaboradores (2014), em pesquisa do tipo investigação-ação desenvolvida em cinco Centros de Saúde da Família em Fortaleza, identificaram a falta de prioridade pelas equipes para a execução das ações de educação em saúde, sendo a maior parte realizada de forma informativa e individual durante as consultas, com características de improvisação e desvalorização das experiências e sugestões da população na definição dos temas abordados.

Somado a isso, Santos *et al* (2015) debatem que a educação em saúde ainda está focada em aspectos clínicos, necessitando da ampliação do olhar do profissional para as condições de vida e para os elementos sociais na relação de saúde-doença, principalmente em realidades em que as necessidades básicas (saneamento, escolarização, alimentação e moradia) ainda permanecem condicionando o adoecimento.

Ao contrário desses autores, Flisch *et al* (2014), em pesquisa com 168 profissionais da ESF do município de Contagem, Minas Gerais, já indicam que 4,7% dos entrevistados se referem à utilização da pedagogia pautada por Paulo Freire nas atividades de educação em saúde, o que indica uma transição de práticas informativas para práticas mais dialógicas e participativas. Prado, Sales e Nomiya (2014) também identificaram em estudo de natureza qualitativa, desenvolvido com 11 usuários e 7 profissionais de uma equipe de Saúde da Família de Rio Negro, Mato Grosso do Sul, possíveis mudanças na aceitação do outro e humanização das relações, decorrentes da aplicação das propostas da Educação Popular em Saúde.

Nota-se que as práticas educativas em saúde podem estar passando por um período de travessia em busca de maior inovação e impacto na vida das pessoas, sendo necessário fortalecer cada vez mais o processo de qualificação dos profissionais para execução da educação em saúde com foco na perspectiva dialógica. Essa produção e sistematização de conhecimentos relativos à formação e ao desenvolvimento para a atuação em saúde, envolvendo práticas de ensino, diretrizes didáticas e orientação curricular, é denominada de educação na saúde, em que está inserida a EP (BRASIL, 2009a).

Desse modo, Fortuna *et al* (2013) afirmam que os grupos educativos podem se tornar espaços de discussão entre a equipe, o que se propõe exatamente a EP: aprender fazendo e fazer aprendendo. Porém, é necessário tomar cuidado para não substituir as ações de educação em saúde em detrimento das ações de EPS. Os profissionais devem criar espaços para o diálogo em equipe e valorização de suas intersubjetividades, acreditando nas mudanças no processo de trabalho, tendo sempre em vista que este é influenciado por um *mix* de saberes, posições, poderes e afetos das pessoas envolvidas.

As relações de trabalho, construídas entre os membros da equipe, demonstram estar envolvidas por hierarquia, sendo percebidas, em vários momentos durante os GFs, as expressões corporais de balançar a cabeça e dirigir o olhar para o médico da equipe, como se estivesse solicitando autorização e concordância desse profissional sobre aquilo que estava sendo retratado.

Os trabalhadores entendem que o repasse de informações e esclarecimento de dúvidas se configura como ação de EP, tendo os ACS como referência para seu fazer, o saber dos profissionais com curso superior.

ACS 4.4: No momento que eu chego pra doutora e ela me explica uma coisa que apesar de não ser da minha... é... da minha obrigação, mas a partir do momento que ela passa pra mim eu tenho a informação, né? Essa orientação, né?

ACS 4.5: No âmbito da medicina, da enfermagem, tudo isso vai modificando e são termos que a gente vai adequar, é aquela ponte e o elo que a gente faz com o profissional médico, a enfermeira, com o técnico, os profissionais estão sempre abertos para nos passar informações, termos para a gente orientar a comunidade, nós temos a nossa ossada, a partir dali eles nos dão um embasamento.

Essas falas reforçam a percepção de EP como transmissão de conhecimentos, reconhecendo constantemente que existem saberes maiores e menores entre os indivíduos, com destaque para o profissional médico como figura central, o qual assume historicamente a posição de poder na equipe, de forma natural. Na contramão, a EP é proposta como recurso para a solução de obstáculos do processo interativo, estimulando o trabalho em equipe (LANZONI, MEIRELLES, 2012; VILLA *et al*, 2015).

É notório que as relações verticais estabelecidas entre os membros da equipe não podem configurar diálogo verdadeiro pelo simples fato de transmitirem um conhecimento ou esclarecerem uma dúvida. Conforme Freire (2000), para existir diálogo se requer a criação de espaço para o compartilhamento de saberes e opiniões, através de comunicação recíproca entre os homens, numa construção coletiva, em solidariedade e comunhão.

Ao ser realizada a associação entre EPS e esclarecimento de dúvidas entre a equipe, evidencia-se o conflito em pensar a educação como somente informação, o que mostra uma visão restrita, visto que a educação vai além do processo de informação, configurando uma prática social que possibilita a reflexão sobre a realidade e aplicação prática.

No entanto, ao mesmo tempo em que homens desenvolvem ações para manutenção das estruturas vigentes, outros já começam a atuar para mudança (FREIRE, 2005). Mesmo frente ao universo conflituoso de conceitos sobre EP, observa-se que em todas as equipes houve relatos que se aproximaram de uma percepção de EP como prática necessária para

acompanhar as mudanças na área da Saúde, inclusive no caso de aparecimento de doenças e agravos emergentes.

Além disso, os trabalhadores já visualizam a EP interligada à realidade cotidiana, favorecendo o conhecimento sobre a comunidade e a produção de conhecimento pelo trabalhador, o que ultrapassa a abordagem biomédica. Assim, identifica-se uma transição na forma de perceber o processo educativo, ao desvelar a **Educação Permanente em um movimento de ação-reflexão-ação:**

ACS 1.2: Sempre se aperfeiçoando, ver o que mudou. A saúde está mudando o tempo todo, existem pesquisas. A gente tem que tá inteirado no que está acontecendo e o que está mudando pra gente aplicar no nosso trabalho.

Médico 2: Quanto a gente importa o modelo de uma outra realidade, de outra conjuntura, mas a gente tem que estudar a nossa comunidade e as características epidemiológicas dela, e isso a educação permanente vai favorecer também, tem coisas que a gente vai descobrindo no processo e não somente aquela receitinha de bolo, mas também ter a literatura como fonte de inspiração, mas produzindo suas próprias coisas.

Médica 3: [...] Porque a gente não pode ver a educação permanente só como questão técnica. Assim, técnica eu digo voltada pros assuntos de saúde, mas pra essas questões também políticas, de funcionamento da unidade, de acolhimento [...]

Acerca dessa transição, autores também identificaram a partir de relatos de profissionais e gestores da Atenção Básica o reconhecimento de que a EP requer integração entre teoria e realidade (SILVA *et al*, 2013; VENDRUSCOLO *et al*, 2015; MISHIMA *et al*, 2015). Desse modo, mesmo que timidamente, há um indício de mudança na formação em Saúde, a qual vem buscando cada vez mais a experimentação da realidade pelo estudante e a problematização das práticas desenvolvidas durante os cursos de graduação (BISCARDE, PEREIRA-SANTOS, SILVA, 2014).

Ao iniciar a articulação teoria-prática desde a formação, o indivíduo posteriormente, enquanto trabalhador, possui maior chance de, partindo da compreensão acerca de sua realidade, levantar desafios e perguntas sobre ela, de maneira coletiva, estabelecendo relações fundamentadas no diálogo (FREIRE, 2011).

Essa lógica é proposta pela metodologia da problematização, baseada no método do arco, de Charles Maguerez, que teve como seu ponto de partida o pensamento freiriano. Nessa linha, acredita-se no saber prévio do homem e no seu potencial para aplicar soluções acerca dos problemas vivenciados (PRADO, VELHO, ESPÍNDOLA, 2012).

Para tanto, preconiza-se o desenvolvimento das seguintes etapas: 1) observação da realidade concreta – leitura atenta da realidade, identificando aspectos que precisam ser

melhorados, dificuldades, falhas e conflitos; 2) Determinação de pontos-chaves – reflexão acerca da gênese dos problemas e sua complexidade, escolhendo o que possui maior relevância; 3) Teorização – estudo sobre o assunto, buscando explicação teórica sobre o problema escolhido; 4) Hipóteses de solução – elaboração de possíveis soluções confrontando a teoria e a realidade, de forma crítica e criativa; 5) Aplicação prática à realidade – construção de novo conhecimento, tomada de decisão e aplicação na realidade com a finalidade de transformação do meio (PRADO, VELHO, ESPÍNDOLA, 2012; VIEIRA, PANÚNCIO-PINTO, 2015).

Portanto, não faz sentido a educação sem possibilidade de intervenção sobre a realidade. Para isso, é necessário não somente a formação ou o serviço, mas sim uma articulação entre ensino, serviço, gestão e controle social. O quarteto é proposto para a área da Saúde, afirmando que só é possível desenvolver a mudança caso todas essas instâncias estejam centralmente comprometidas. Assim, transformar a realidade do processo de trabalho envolve questões nas relações, nos processos, nos atos de saúde e principalmente nas pessoas (CECCIM, 2004).

Entende-se que o componente ensino guarda a necessidade de formar segundo as necessidades da população e do sistema de saúde, estimulando o debate político e ético. O serviço ultrapassa a ideia de práticas assistenciais, trazendo a produção de sentidos ao cuidar e acompanhar, e o componente comunidade envolve a garantia do direito social e dever do Estado, tendo em vista o compromisso assumido diante das condições de vida da população (CECCIM, 2004).

Diante dessas considerações, à medida que a problematização é aplicada no cotidiano, pode-se inferir a esperança de aproximação das práticas transformadoras. Dessa maneira, espera-se que o movimento de transição observado nos trabalhadores possa estar contribuindo para mudança na forma de atuação, pois Freire (2005) coloca como premissa que a prática é, em grande parte, influenciada pela percepção acerca dos elementos que a rodeiam.

6.2 TEMA II – Práticas de EPS: o fazer do trabalhador

O trabalho é visto como atividade humana de produção que envolve uma construção mental anterior a sua realização, a qual é responsável por lhe conferir sentido. Através dele, o homem se realiza e se reinventa a partir do estabelecimento de relações, justificando afirmar que o trabalho se configura como motor de todos os processos sociais (MARX, 1975).

Assim, amplia-se o olhar para o trabalho além de uma dimensão operativa, enquanto uma atividade, mas como uma *práxis* permeada de relações entre homens e mundo, em um processo de produção mútua (MERHY, 2002). A partir da capacidade criativa e dialógica, o *locus* do trabalho é privilegiado para a troca e a construção de novos saberes entre os homens, quando da constituição de liberdade entre eles, o que, segundo Freire (2005), promove alegria de viver (FARIA, ARAUJO, 2010).

Nessa perspectiva, acredita-se no trabalho vivo, no fazer em ato, em que é possível o trabalhador exercer sua atividade criativa, num movimento permanente de fuga do trabalho morto, inserindo-se na ideia defendida pela EPS. Diferente disso, o trabalho morto se limita aos objetos materializados e com finalidade específica, como instrumentos, equipamentos, protocolos e leis, corroborando para a reprodução das relações vigentes, principalmente nas sociedades capitalistas (MENDES-GONÇALVES, 1992; MERHY, 2007).

Quando se trata especificamente do trabalho em saúde, cabe pontuar algumas peculiares, como: a) a relação de dependência entre trabalhadores e usuários, sendo impossível que o trabalhador realize as ações de modo isolado; b) o compromisso com as necessidades sociais da população; c) a submissão aos desígnios do trabalhador, visto que este constrói um espaço autônomo e privado, de concretização da prática; d) a finalidade de ação terapêutica e de cuidado; e) o objeto consistir o indivíduo ou grupos, doentes ou sadios ou expostos a riscos; f) os meios que correspondem aos saberes e instrumentos; e g) a assistência à saúde como produto final, produzida e consumida concomitantemente (MERHY, 2002; GONÇALVES, 1994).

Além disso, Merhy (2007) coloca que o trabalho em saúde requer o uso de três tecnologias, a saber: as tecnologias duras – envolvem o complexo instrumental utilizado no processo de trabalho, como máquinas, equipamentos, medicamentos e protocolos; as tecnologias leve-duras – correspondem aos saberes profissionais necessários para a execução do trabalho, como a clínica e a epidemiologia; e as tecnologias leves – compõem o campo das relações e de suas intersubjetividades, incluindo o vínculo e o acolhimento.

Dentre essas, chamamos a atenção para as tecnologias leves, pois, adotando o referencial teórico de Freire, é onde está inserido o processo dialógico, oportunizando o homem a assumir criticamente o dinamismo da sua subjetividade criadora, por meio da abertura para consciência do mundo. Desse modo, a produção de saúde envolve espaços relacionais de encontro, fala, escuta, toque e olhares, em que cada trabalhador se faz singular em suas ideias, valores e concepções de trabalho e da forma como este deve ser realizado (FRANCO, MERHY, 2005; FEUERWERKER, 2005).

Ao reconhecer contradições na lógica dialética, pode-se afirmar que esta se configura a razão da *práxis*. Assim, esta somente pode existir quando há diálogo, o qual ultrapassa o sentido de apenas escutar, mas sim o de compartilhar decisões durante a prática (FREIRE, 2005). Logo, para o exercício da *práxis* é necessário um saber compreensivo, incluindo, além dos conhecimentos específicos, o governo de si e as relações sociais e políticas. Isso significa dizer que esse processo de articulação entre prática social e subjetividade não é fácil, exigindo reflexão e criatividade do atores da realidade (CAMPOS, 2011).

Investigar a *práxis* do homem significa buscar quais ações desenvolvidas por ele que transformam a natureza, as quais são fundamentadas na teoria (consciência crítica). Dessa forma, é definida como atividade prática material, guiada pela teoria para transformação da natureza do trabalho, o que lhe diferencia da atividade teórica por si só, a qual não possui potencial para transformar a realidade (VÀZQUEZ, 1977; MERHY, 2007).

Enquanto na atividade teórica o objeto consiste em percepções, conceitos e teorias e a finalidade em obter resultados teóricos que expliquem a realidade, sem que sua transformação se efetive, a atividade prática é caracterizada por possuir como objeto a natureza, a sociedade ou os homens, e como finalidade a transformação do mundo, resultando na construção de uma nova realidade (VÀZQUEZ, 1977; MERHY, 2007).

Nessa linha de entendimento, Freire (2005, 2011) aponta as seguintes premissas: 1) reflexão e mundo, subjetividade e objetividade são indissociáveis, em que se põem e contrapõem pelo diálogo; 2) a origem da reflexão crítica origina-se da *práxis* constitutiva do mundo humano; e 3) sem a *práxis* não é possível a superação entre opressor-oprimidos, não há criatividade, não há transformação e não há saber.

Diante dessas considerações, surgem alguns questionamentos em relação ao contexto vivenciado pelos trabalhadores deste estudo: será que estes, no cotidiano do trabalho, estão desenvolvendo *práxis* transformadora da realidade ou somente atividades teóricas? Como esse processo vem ocorrendo?

A análise das falas dos trabalhadores responde a essas indagações com o núcleo de sentido geral: **Práticas vinculadas à Educação Permanente nos serviços: reuniões de equipe, grupos educativos e eventos científicos.**

Assim, é possível constatar que o desenvolvimento das **reuniões de equipe** promove a identificação das principais necessidades de atuação pelas equipes de saúde. Apesar disso, há o apontamento de que, apesar de favorecer esse conhecimento acerca das necessidades, não é possível aplicá-lo, devido à falta de capacitação prévia, conforme fala a seguir:

Enfermeira 2: Agora às vezes não depende da gente. A gente precisa sentar com eles (referindo-se à população), por exemplo, a gente precisa ter sido capacitado pra gente poder passar. Então a gente sente essa necessidade, como ontem, a gente se reuniu e sentiu a necessidade do adolescente, aí a gente precisa sentar pra se capacitar entre a gente. Mas a gente não tá nem preparado, né?

Observa-se que a enfermeira expressa o sentimento de incapacidade para realização de ações educativas sobre determinados conteúdos, defendendo a necessidade *a priori* de capacitação, o que nos faz pensar: como os trabalhadores percebem sua capacidade criativa e inovadora para a produção do conhecimento de forma coletiva no ambiente de trabalho? Ao mesmo tempo em que a realização de reuniões de equipe sinaliza positivamente para a identificação de possíveis nós críticos na atuação, já iniciando o processo de reflexão, os trabalhadores não conseguem ir além da teoria em determinados casos.

Estudos apontam que a realização de reuniões de equipe no âmbito da ESF é bastante frequente, na maioria das vezes, com periodicidade semanal (SARTI *et al.*, 2012; MEDRADO, CASANOVA, OLIVEIRA, 2015). Porém, chama-se a atenção para aspectos que podem restringir a potencialidade desse espaço para a fluidez do diálogo, como o predomínio da formalidade e de assuntos técnicos e dificuldade de encerrar com propostas, o que pode causar a sensação de não haver contribuição para mudança no trabalho (FORTUNA *et al.*, 2005; DALL'AGNOL, 2010).

No caso dos trabalhadores deste estudo, é possível identificar que, no momento de encontro entre eles, cria-se um clima em que todos têm direito de expor sua opinião, exercendo a escuta uns com os outros. Esse aspecto mostra-se como um potencial para que as reuniões se tornem dispositivos para discussão de casos, resolução de conflitos, desenvolvimento de atividade de EP e redirecionamento do processo de trabalho, em uma lógica interdisciplinar (SARTI *et al.*, 2012).

Apesar da principal dificuldade relatada acerca da falta de capacitação para as atividades educativas, os trabalhadores afirmam desenvolver salas de espera e **grupos**

educativos rotineiramente. Contudo, na discussão disparada pelos GFs surgem reflexões de que algo pode estar inadequado nesse processo, visto que os trabalhadores sentem a necessidade de pensar em outras estratégias que causem maior impacto para mudança de hábitos da comunidade.

Médica 1: Nós já fazemos isso, entendeu? Mas a gente tem tanto a educação permanente entre a gente, uma vez por mês discutimos algum assunto, como temos pra comunidade.

Técnica de enfermagem 1: como a chikungunya, a gente bateu muito, né, meninas, na dengue, no lixo, tanto é que vem a chikungunya, zika, sempre tá batendo, né. Então, alguma coisa falhou. A gente tá falando em estratégia, né... Fazer um mutirão.

Considerando Paulo Freire (2011), o reconhecimento de que as estratégias que vêm sendo utilizadas não estão sendo eficazes indica um fato significativo, à medida que instiga aos trabalhadores a buscar novos estímulos didáticos para despertar o aprender e gerar autonomia pelas pessoas. Todavia, para que isso ocorra, o trabalhador precisa modificar sua conduta como o dono exclusivo do saber, estimulando a troca de conhecimentos e valorizando a realidade cultural, o que somente é possível pelo diálogo e respeito. Defende-se, portanto, o caminho do fortalecimento da participação popular e do trabalho em equipe para maior eficácia e ampliação da prática educativa, para além da prevenção de doenças (SALCI *et al*, 2013).

Observa-se que, além das reuniões de equipe e ações de educação em saúde, os trabalhadores associam à EPS a **participação em eventos científicos**, como seminários e congressos.

Técnica de enfermagem 2: Incluindo os congressos, os seminários que a gente vai, que a gente participa, né? Dezembro a gente foi pra um, né? E assim, eu acho que são meios de educação permanente, os congressos.

A partir da fala, podemos inferir que as equipes se mostram ativas e interessadas no processo de qualificação. Ao participarem de eventos científicos supõe-se que estejam mais próximas das atuais discussões sobre temas relacionados à área, entrem em contato com outras realidades e profissionais, os quais podem compartilhar experiências, e, além disso, recebam estímulos para desenvolver e divulgar pesquisas atreladas à sua realidade. Mas será que a participação nesses eventos está contribuindo para a discussão em equipe e para a aplicação daquilo que é apreendido? Será que os trabalhadores constroem propostas conjuntas

para apresentação nesses momentos? Ou o conhecimento adquirido objetiva aumentar a competitividade e melhorar o currículo individual?

Esses são questionamentos que precisam estar presentes quando se acredita em uma postura dialógica e na construção da consciência crítica sobre o trabalho. O sentido da participação em eventos, em que acontece, no geral, a ação pontual de atualização e palestras, se dá pela articulação das inovações e pesquisas a *práxis* transformadora. Por esses eventos serem organizados em sua grande maioria por instituições de ensino, Freire (1979, 2005) faz ressalva da importância em estarem em comunicação com os problemas reais, decisões políticas e movimentos sociais, pois, caso contrário, estão fomentando o casulo da dominação e aumentando a distância de uma educação libertadora.

As parcerias firmadas com universidades públicas para o desenvolvimento de práticas de EPS, relatadas pelas equipes, fazem perceber um passo importante para maior proximidade entre academia e serviço, mesmo sinalizando dificuldades como a não valorização do trabalhador que acompanha o estudante, a visão ainda restrita da universidade acerca da extensão e a não continuidade dos serviços oferecidos.

ACS 4.3: Mas aqui a Uncisal proporciona uns cursos pra gente, que a gente pede, a gente já teve o curso de vacinação, sobre as hepatites, a gente pediu, né... Atualizações das vacinas até a gente teve recentemente agora em janeiro, inclusive já até mudou o quadro de vacinas.

Médica 4: A gente foi lá solicitar um adesivo porque a gente tava participando de um curso de preceptoria no SUS, e nos dirigimos a um setor lá específico, e a pessoa mal informada, uma pessoa muito infeliz, disse: Não, vocês não vão ter o adesivo, porque vocês não são professores daqui. Então pensamos: se a gente não é professor, então não é pra gente estar recebendo aluno. Então eu acabei com pesquisa tem vários anos, eu não faço pesquisa há vários anos, acho que tem uns três anos, aí a gente cancelou o estágio que tinha aqui.

ACS 4.4: Porque nossa unidade era muito procurada, ainda é, por faculdades pra fazer um trabalho de fisioterapia, por exemplo, pesquisa, essas coisas todas. Então vinha muita gente, e do mesmo jeito que vinham, rapidamente iam embora, então gera aquele desconforto pra gente que trabalha como agente comunitário de saúde, que fica na ponta, no condutor da coisa, dessa não continuidade.

Apesar do avanço, ainda é possível constatar que, na prática cotidiana, as universidades se aproximam dos profissionais do serviço solicitando campos de estágio para os estudantes, mas se omitem, muitas vezes, da sua responsabilidade diante da sociedade e desses profissionais, o que contribui para semear um sentimento de desvalorização e 'uso' do serviço, o qual recebe pouco ou nenhum *feedback*. Nessa relação ainda se percebe expectativas diferentes, em que muitos da equipe de saúde enxergam o estudante como mão de obra para suprir a falta de profissionais; enquanto os docentes e estudantes preocupam-se

em aplicar os ensinamentos teóricos apreendidos, os quais nem sempre condizem com a realidade prática (GONÇALVES *et al*, 2014; ANDRADE, BOEHS, BOEHS, 2015).

Esses entraves produzem cada vez mais o distanciamento entre teoria e prática, atuando ensino e serviço como duas ilhas divergentes e incomunicáveis, fato que vem sendo discutido ao longo de vários anos. Porém, reforçando a educação dialógica de Freire (2005), urge a necessidade de não somente conhecer as dificuldades dessa articulação, mas sim de chegar à *práxis*, ultrapassar a teoria e aplicar intervenções, rumo à aprendizagem significativa proposta pela EPS (ELLERY, BOSI, LOIOLA, 2013; MARIN *et al*, 2014; SILVA, LEITE, PINNO, 2014). Assim, que tal iniciarmos, enquanto academia, uma maior integração com o serviço?

Os trabalhadores chamam a atenção para a necessidade de criação de espaços que oportunizem o diálogo entre eles para o desenvolvimento de EP, como pode ser visto na fala abaixo:

Pesquisadora: Como é que vocês acham que poderiam desenvolver essa educação permanente aqui no serviço onde vocês estão? Vocês veem isso? Como vocês poderiam desenvolver aqui?

Médico 2: Então, a gente tem que ter esse momento de diálogo, pra gente poder realmente construir isso [...] Eu acho que é necessário sensibilizar, por exemplo, momentos como esse que você tá possibilitando pra gente, é um momento rico porque a gente está se escutando.

Diante disso, instigamos a universidade, que tanto vem produzindo conhecimentos a partir de pesquisas no serviço, a promover espaços para essas discussões junto aos profissionais, estudantes e usuários, além de estar junta à gestão, a partir da inserção nas CIES. Figueiredo (2013) afirma que, em contraposição ao abismo criado entre o ensino e o serviço, a universidade deve pautar suas ações conforme os interesses e as necessidades da sociedade na qual está inserida, estando atenta ao diálogo com os diversos atores sociais.

Não somente preocupada com a formação técnica, deve dar resposta às demandas da comunidade e compor atividades que estejam ligadas à pesquisa e à extensão, contribuindo para o desenvolvimento de criatividade, a proatividade e a cultura, formando cidadãos para transformação da realidade (RIBEIRO, MAGALHÃES, 2014).

Neste estudo, os relatos apontaram que, além da universidade, o NASF se mostra como parceiro no desenvolvimento das ações de EP, oportunizando a discussão coletiva e a operacionalização de propostas.

Médica 4: Essa reunião que a gente fez com o NASF, *a priori*, ninguém imaginava no que ia dá, no final deu, a gente saiu com a proposta de fazer uma atenção voltada para a saúde do homem esse mês, e já com coisas palpáveis, práticas.

Esse aspecto apresenta-se como algo positivo para a mudança das práticas em saúde, visto que o NASF é um dispositivo ainda em expansão no Brasil e já demonstra atender a alguns objetivos de seu trabalho, como o compartilhamento de saberes e a ampliação da resolutividade. De acordo com Brasil (2014), a EPS está inserida na dimensão técnico-pedagógica do NASF, significando que esse serviço pode contribuir para a resolução de problemas e manejo de certas situações na ESF, visto que fortalece o diálogo coletivo e a interdisciplinaridade.

Criado em 2008 pelo MS como uma estratégia inovadora, o NASF objetiva ampliar a abrangência e as ações da Atenção Primária. Conta com equipes compostas por profissionais de diferentes formações e procura atuar em parceria com os profissionais das equipes de Saúde da Família nos territórios sob sua responsabilidade (BRASIL, 2014).

Todavia, no cotidiano, ainda são apontadas dificuldades na relação entre os profissionais da ESF e do NASF. Há ainda resistência por grande parte das equipes da ESF em estarem compartilhando informações sobre os casos atendidos; falta de apoio da gestão para o desenvolvimento das atribuições preconizadas; e discussões ainda muito voltadas ao planejamento dos programas de saúde na escola e atividades educativas com grupos de adolescentes, idosos, pré-natal e saúde mental, deixando em segundo plano a reflexão crítica sobre o processo de trabalho e suas particularidades (SANTANA *et al*, 2015; REIS *et al*, 2016).

Lancman e colaboradores (2013) evidenciaram, através de estudo realizado em dois NASFs de uma região de São Paulo, que, devido à invisibilidade do trabalho, as equipes do NASF se esforçam para “conseguir brechas” de atuação na ESF, o que indica a necessidade de proatividade pelos trabalhadores. Sobre essa questão, Freire (1979) nos coloca que o dispêndio de energia pelo homem é algo essencial para a mudança, a qual implica em constante ruptura da inércia. Afirma, assim, que o trabalhador social não deve ser neutro diante da permanência da realidade, e não temendo a liberdade nem a comunicação, deve procurar criar espaços para sua construção.

Em uma das equipes entrevistadas, referindo-se ao aspecto da iniciativa do trabalhador para o desenvolvimento da EPS, é possível identificar contradições entre os membros. Enquanto o ACS desacredita na operacionalização da EPS devido à falta de incentivo

governamental, a médica visualiza que é possível desenvolver a EP na unidade, desde que exista disposição da equipe.

ACS 3.2: No momento, em nenhum sentido (referindo-se à impossibilidade de realização de educação permanente na unidade). Só se a gente tivesse incentivo governamental para melhorar a unidade.

Médica 3: Acho que a gente, independentemente dessa questão de recursos, a gente pode tentar fazer, né? Desde que todos da equipe estejam dispostos a fazer.

Dessa maneira, pode-se afirmar, seguindo a lógica da EPS, que, ao perceberem a dificuldade de incentivo governamental, ao invés de permanecerem na inércia da impossibilidade, os trabalhadores devem unir forças para discussão coletiva e proposição de intervenções para a resolução do problema, pois, caso contrário, há grande risco para continuidade da opressão e da realidade imutável (FREIRE, 2005).

Corroborando com a perspectiva de Freire (1979), Cardoso e Hennington (2011) afirmam que o processo de mudança requer que o trabalhador saia da ‘zona de conforto’ diante das demandas e das necessidades dos usuários e do próprio serviço. Para isso, os sujeitos precisam sentir desconforto de maneira coletiva, e, somente assim, poderão ser agentes de transformação, pautados em relações solidárias, democráticas e de corresponsabilidade na produção de saúde.

O movimento de desconforto em início de mudanças já é perceptível entre os trabalhadores, ao passo que já desenvolvem reuniões entre eles, estabelecem parcerias com a universidade e o NASF e reconhecem a necessidade de repensar estratégias para atuação. Por outro lado, as práticas desenvolvidas estão associadas, reforçando a influência das percepções trazidas no tema anterior, à EC e à educação em saúde, enfatizando a participação em eventos científicos e o desenvolvimento de grupos educativos junto à população.

Nesse contexto paradoxal, vislumbramos a potencialidade para o diálogo e o desenvolvimento da EPS, e reconhecemos que, mesmo ainda distantes de desenvolver a total mudança no trabalho, a *práxis* transformadora já se aproxima do cotidiano. Ao mesmo tempo incitamos a reflexão sobre o que envolve a passagem de um modo de fazer para outro. Será que são suficientes, o desejo e a iniciativa dos trabalhadores? O que esses trabalhadores enfrentam para a mudança das práticas de saúde? Em meio a esses questionamentos, apresentamos o próximo tema empírico deste estudo, na tentativa de compreender que estamos falando de um terreno bastante complexo, permeado por uma conjuntura histórica, social e política que influencia diretamente na atuação desses atores sociais (MERHY, 2004b).

6.3 TEMA III – Desafios e possibilidades de EPS: o olhar do trabalhador

O debate acerca da mudança das práticas de saúde vem ocorrendo de maneira frequente no mundo político e acadêmico, sendo marcado pelo caráter histórico construído no Brasil a partir do predomínio de modelos assistenciais a cada época. Para iniciar essa compreensão, afirma-se que modelo assistencial, modelo tecnológico ou modalidade assistencial se refere ao modo como são produzidas as ações assistenciais e como a sociedade e o Estado organizam e desenvolvem tecnologias nesse processo, não se limitando apenas ao aspecto técnico dos serviços (MERHY, 1991; CAMPOS, 1992, 1994).

Esses modelos desenham-se na prática cotidiana do trabalho, estando situados numa conjuntura social, econômica, cultural e histórica (MERHY, 1991). Para Paim (2003), a instituição de um modelo de atenção à saúde configura uma lógica que orienta a ação dos indivíduos, é uma razão de ser, a qual deve atender às necessidades individuais e coletivas.

Acrescenta-se ainda que os modelos de atenção podem ser concebidos de maneira sistêmica, ao considerar três dimensões: gerencial, que diz respeito aos mecanismos de condução do processo de reorganização das ações e serviços; organizativa, referente às relações estabelecidas entre as unidades prestadoras de serviços; e a técnico-assistencial, que corresponde às relações estabelecidas entre os sujeitos das práticas e seus objetos de trabalho (TEIXEIRA, 2003).

Desse modo, é possível constatar que o modelo hegemônico instituído no Brasil, ao longo do século 20, corresponde ao modelo médico-assistencial hospitalocêntrico, também denominado de modelo biomédico. Este vem influenciando a formação profissional, a organização dos serviços e a produção de conhecimentos em saúde, possuindo principais características de supervalorização de especialidades e da capacidade lucrativa no setor saúde; reconhecimento do corpo como máquina, focando em intervenções na parte afetada; ênfase nas ações curativas e individuais, valorizando a medicalização; prioridade para atenção hospitalar com intensivo uso de tecnologias duras; distanciamento dos condicionantes e determinantes do processo saúde-doença e incapacidade de compreensão da multidimensionalidade do ser humano (FERTONANI, PIRES, BIFF, 2015).

Devido a essas características, Teixeira e Vilasbôas (2014) indicam que o modelo biomédico vem apresentando sinais de uma “crise permanente”, caracterizada pela tendência inexorável de elevação de custos, redução da efetividade diante das mudanças do perfil epidemiológico da população, perda de credibilidade e confiança por parte da população

usuária e crescente insatisfação dos trabalhadores da saúde, o que pode ser reforçado por um participante do presente estudo, ao reconhecer a insustentabilidade desse modelo.

ACS 2.1: [...] O modelo que está não tá dando certo, alguma coisa tem que mudar, alguma coisa tem que mudar nesse modelo, esse modelo, a meu ver, não se sustenta mais.

Diante disso, a Reforma Sanitária Brasileira e a implantação do SUS trouxeram à tona como ponto central a necessidade de mudança do modelo de atenção, lutando pela universalidade do acesso à saúde e a integralidade da atenção. A partir de 1994, surge a formulação do Programa Saúde da Família, depois denominado de ESF, como principal tentativa de substituição ao modelo biomédico, contrapondo o foco de produção de procedimentos para a produção de cuidados (PAIM, 2003; REIS *et al*, 2007; FERTONANI, PIRES, BIFF, 2015).

Contudo, os estudos mostram que, mesmo depois de mais de 10 anos da implantação da ESF no país, os serviços de saúde que a compõem ainda são marcados pela predominância do modelo biomédico, o qual exerce grande influência nas práticas e na organização da rede de atenção. Esse modelo suga as forças da reformulação das práticas e toma o conceito de saúde como ausência de doença, sendo oportunista e conivente ao sistema econômico capitalista e dominador (COSTA *et al*, 2009; FARIA, CAMPOS, 2012; SILVA, CASOTTI, CHAVES, 2013). Assim, Campos (2011) afirma que, na contemporaneidade, vivencia-se um paradigma dominante no campo da saúde de dominação da razão técnica e instrumental, desvalorizando o ser humano diante do interesse do capital.

Nesse cenário, os trabalhadores apontam que o atuar na perspectiva da promoção da saúde ainda consiste em algo distante da realidade, indicando que as ações educativas são voltadas para a prevenção e o tratamento de doenças. Essa lógica reforça a proposta do modelo biomédico e apresenta forte influência na configuração do primeiro núcleo de sentido deste tema: **Dificuldades para o desenvolvimento da EPS: da gestão do trabalho à organização da rede de atenção.**

Médica 1: Infelizmente mesmo que anos já existe a Estratégia Saúde da Família, há anos está implantada em Maceió, mas ainda tem aquela visão assistencialista, aquela visão de promoção da saúde, por mais que a gente lute, por mais que a gente faça os grupos, mas ainda tem essa visão.

Médico 2: Porque a gente ainda tá esperando a doença chegar [...] Mas a gente, promoção de saúde mesmo, promoção é uma coisa até utópica, né, dentro desse contexto agora? (riso) Mas pelo menos prevenção, né? Mas a prevenção do ponto de

vista de grupo de risco, grupo de vulnerabilidade, né, prevenção do tabagismo, do alcoolismo, nos grupos que ainda não... Quer dizer, a gente só tá tratando [...]

Superar esse **paradigma limitado à prevenção** e tratamento da doença significa adentrar no fortalecimento do empoderamento dos sujeitos, famílias e coletividades para atuar na melhoria de sua qualidade de vida, através de ações intersetoriais, ampliando o conceito de saúde para além dos aspectos biológicos. Porém, os autores afirmam que essa forma de agir em saúde não está consolidada na ESF, ao passo que predomina o caráter higienista, autoritário e de culpabilização dos indivíduos acerca de comportamentos inadequados (HEIDEMANN, WOSNY, BOEHS, 2014; TEIXEIRA et al, 2014; ARANTES, BÓGUS, 2015).

Percebe-se nos discursos dos trabalhadores que estes se sentem numa encruzilhada, em que, de um lado, se deparam com o que preconiza a PNAB, no sentido da integralidade da atenção; e do outro com a cobrança por produtividade e tratamento do adoecer, valorizados pelo modelo vigente. Assim, de acordo com Norman e Tesser (2015), encontrar o equilíbrio no cenário apresentado constitui um desafio diário.

Médica 1: Então a gente trabalhar com promoção é muita dificuldade. Aí vem a sobrecarga [...] Tem que tá assistindo, tem que tá medicando, tem que tá, entendeu? Se tiver receita, a medicação, tá tudo bem. Pode não ter mais nada, mas se tiver a consulta [...]

Além disso, é possível observar que as relações de trabalho estabelecidas são marcadas pela **divisão técnica e sobrecarga**, as quais geram consequências no dia a dia das equipes, como a falta de comunicação entre seus membros e o desvio de função no serviço. À medida que os trabalhadores sinalizam o desconhecimento acerca das ações desenvolvidas pelos outros profissionais da mesma equipe, é possível inferir que existam dificuldades para o compartilhamento de informações e a execução de planejamento coletivo.

ACD 3: Eu não sei informar nada que não seja da odonto, entendeu? E não sei informar o que não seja da odonto do PSF, nada sei informar. Aí você passa aqui no corredor, quinhentas pessoas te param daqui pra li.

Técnica de enfermagem 2: [...] A gente fica nessa correria aqui só de atendimento, no meu caso as pré-consultas ali e teste do pezinho, e não sei o que... Essa correria. E a gente não para [...]

ACS 3.1: A situação a qual se encontra, as vezes você sai de lugar de agente, pra ser ativista, administrativo, um pouco de técnico, de tudo. As vezes você vai pra outra função que não é sua pra tentar resolver, como agora não tinha ninguém no prontuário, fui lá meti a mão e peguei pra dar.

Nesse contexto, considerando a supervalorização da atenção puramente clínica e da **fragmentação do trabalho**, a assistência prestada é caracterizada pelo desrespeito ao princípio da integralidade e pela compartimentalização das responsabilidades entre os profissionais, de modo que cada um acaba atuando dentro da sua “caixinha”. Essa setorização, assim denominada por Paulo Freire (2005), não tem interesse no diálogo, nem tampouco no pensar crítico pelos homens, enfatizando a castração e a alienação, as quais são contrárias à radicalização crítica e libertadora proposta pela EPS.

Como dificuldades decorrentes da setorização, podemos destacar a partir das falas a existência de relações hierárquicas entre os membros das equipes, dificuldades para organização de espaços coletivos de discussão e falta de reconhecimento entre os profissionais da importância uns dos outros na assistência à saúde.

ACS 2.1: E assim, uma coisa que eu vi em todos os PSF é... Não há equipe. Há médico, enfermeiro, pode ser que o médico seja o líder, na teoria é a enfermeira, mas pode ser que o médico seja o líder, e os dois não se dão... Aqui é uma rara exceção, no geral é assim, os dois não se encaixam muito bem. Por sua vez os auxiliares não se encaixam muito bem, os agentes de saúde não se encaixam muito bem, é cada um por si, Deus por todos, e vamo que vamo! Por via de regra, é assim, então fica complicado pra se trabalhar desse jeito, né?

Médica 4: Eu acho que a dificuldade é a organização, porque tem que organizar os horários pra fazer, por exemplo, uma reunião que o NASF promoveu foi uma dificuldade para reunir todo mundo, entendeu?

Médica 4: Bom, se eu sou médica, eu preciso do fisio, da enfermagem, da nutricionista, eu sempre falo pra meus agentes que a gente trabalha em equipe, né? Então, se a gente conseguir trabalhar sintonizado, a coisa melhora, porque eu vou saber do valor de um enfermeiro, do nutricionista, do fisioterapeuta, do terapeuta ocupacional, então é essa visão integrada que ela precisa existir, porque se eu achar que eu vou resolver o mundo sozinha, eu não vou conseguir trabalhar.

Esses elementos nos permitem afirmar que ainda não é possível observar o exercício da interdisciplinaridade pelos participantes, pois, para que isso aconteça, é necessário compartilhamento de saberes entre eles, de modo autêntico, no respeito aos outros, acolhimento das diferenças e tomada de decisões conjuntas, de modo que se produza um novo saber a partir da interlocução das diferentes disciplinas. Assim, ao pressupor formas de relacionamento horizontais e autônomas, a interdisciplinaridade tem na comunicação seu elemento-chave, corroborando com as ideias freirianas (MATOS, PIRES, CAMPOS, 2009; MORO *et al*, 2013). Ao contrário disso, se os profissionais não se comunicam de maneira verdadeira e possuem dificuldades para criação de espaços para discussão coletiva, cada vez mais se sustenta a fragmentação e a divisão do trabalho, conforme defende a perspectiva do modelo biomédico.

Diante dessa questão, chamamos a atenção para o fato de que, provavelmente, os profissionais entrevistados vivenciaram desde a formação acadêmica a fragmentação das práticas de saúde, quando tiveram pouca aproximação da construção integrada de saberes com outras categorias profissionais, o que constitui um dos principais fatores que dificultam a prática da interdisciplinaridade no trabalho. Pereira e Lages (2013) afirmam que, historicamente, a formação em saúde tem sido pautada pelo modelo tradicional de educação e na estruturação curricular baseada em disciplinas, favorecendo a fragmentação e a especialização do conhecimento e potencializando ao longo do tempo a divisão técnica e social do trabalho em saúde.

No entanto, registra-se que, desde meados da década de 1990, vêm ocorrendo mudanças para reorientação da formação em saúde no país, as quais originaram a elaboração e a implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais, da PNEPS e do Pró-Saúde, direcionados para atender às necessidades do SUS, numa visão de transformação social. Essas iniciativas reforçam que a compreensão e o debate acerca da interdisciplinaridade devem ter início nos durante a formação acadêmica dos discentes, inclusive estimulando que estes disparem junto aos profissionais que já estão na prática novas formas de pensar e fazer saúde a partir da integração. Sugere-se que, durante esse processo, estejam inseridos elementos da pedagogia de Paulo Freire, ao reconhecer que são os únicos que se baseiam no pressuposto de uma educação para transformação social, em coerência com a prática de direito à saúde (CONTERNO, LOPES, 2013; BISPO, TAVARES, TOMAZ, 2013; PEREIRA, LAGES, 2014).

As narrativas ainda evidenciam que, além da formação em saúde fragmentada, a sobrecarga de trabalho também pode estar influenciando diretamente para o não exercício da interdisciplinaridade, à medida que os trabalhadores se sentem “sufocados” pela demanda a ser atendida. De acordo com Noronha e Lima-Filho (2011) e Loch-Neckel e Seemann (2009), a sobrecarga relatada por profissionais da ESF está atrelada à falta quantitativa de recursos humanos para a demanda usuária do serviço de saúde, gerando a necessidade pelo profissional de estar realizando ações além da sua competência.

Em estudo qualitativo desenvolvido na 7ª Regional de Saúde, localizada na região Sudoeste do Paraná, com três equipes de ESF, discute-se que, além do excesso de demanda, outros aspectos estão associados à sobrecarga de trabalho pelos profissionais, sendo os mais citados o predomínio de trabalho burocrático, a ausência de instrumentos como prontuário eletrônico para melhorar o intercâmbio entre os serviços, a falta de protocolos assistenciais e,

principalmente, a inadequação das condições de estrutura física das unidades de saúde (TRINDADE *et al*, 2014).

Neste estudo, na maioria das equipes entrevistadas, as **condições de trabalho precárias** nas unidades de saúde são evidenciadas como fator que dificulta o desenvolvimento da EP. Os relatos indicam para uma situação de carência de apoio da gestão municipal na resolução dos problemas enfrentados pelas equipes, ocasionando por estas a criação de estratégias para contornar tais problemas, como a utilização de recurso financeiro próprio.

ACS 2.4: O problema já é esse aqui, que a gente tá nesse lugar precário, é um problemão, aí afeta tudo, tudo é afetado. Você ir pra área igual, eu vou de bicicleta, e voltar correndo, voando, aí tudo dificulta, o tempo é mais curto com essa precariedade que tá aqui, com essa estrutura. Nós estamos sem estrutura na verdade.

Médica 3: É uma estratégia, né? Botar a mão no bolso (risos). Pra poder trabalhar.

Dentista 3: Na parte da odonto mesmo, acho que tem três semanas que não tem máscara aqui no posto, a gente que tem que trazer máscara pra poder atender. Se a gente não trazer, não tem atendimento.

ACS 4.5: [...] Sem condições de trabalho dignas, sem energia, sem água, sem poder usar o vaso sanitário, sem papel.

A dificuldade relacionada à falta de estrutura física e de insumos também é apresentada por estudos recentes desenvolvidos na região Nordeste do Brasil, em que elencam precariedade na disponibilidade de medicamentos e equipamentos de proteção individual nas unidades de saúde; ausência de ventilação e iluminação adequadas; ausência de sala de reuniões, sala de esterilização e consultório odontológico; além da ausência de rampa de acesso e sanitários adaptados (MOURA *et al*, 2010; ROCHA *et al*, 2012; GOMES *et al*, 2015).

Esse fato nos faz refletir o quanto esses aspectos podem comprometer o desenvolvimento de planejamento e de ação das equipes de saúde. Contudo, na realidade estudada, é possível observar que todas as unidades de saúde possuem sala de reunião, aspecto potente para facilitar a realização de encontros e discussões coletivas. É importante ainda frisar que, durante o período de coleta de dados, a USF 2 encontrava-se em reforma, funcionando em um local improvisado, o que pode ter interferido nas narrativas dos trabalhadores sobre a questão.

Em relação aos desafios relacionados à população, as equipes afirmam encontrar resistência para a mudança de hábitos, percebendo que esse processo ocorre lentamente.

Também é vivenciada dificuldade para adesão aos grupos educativos pela comunidade, caso não haja oferta de incentivos, como brindes e lanche.

ACS 2.2: É perseverança porque você aí de 10 pessoas que você trabalha, você vai, vai, aí por exemplo você trabalha sobre a água, né? Que eles botam na cabeça que a água é mineral, só que a água que eles bebem é contaminada, mas você vai muitas vezes falando sobre verminose tudinho, chega no outro dia você vai e ele tá bebendo da mesma água. Então são resistentes [...]

Médica 1: Às vezes a gente tem grupos aqui, que se a gente não, eu tô falando em relação à comunidade. Se a gente não oferecer alguma coisa, um brinde, um lanche, alguma coisa de incentivo no convite, a gente leva convites, se a gente não oferecer, vêm 4, 5 pessoas.

O ACS defende a ideia de que a comunidade, mesmo com todas as orientações fornecidas pelo profissional, continua a desenvolver hábitos não recomendados. Para ele, o fato de não seguir aquilo que é dado como “correto” confere a característica à comunidade de ser resistente a mudança. Todavia, ao adotar o referencial da educação dialógica, disparamos as seguintes perguntas para reflexão: será que a comunidade realmente é resistente ao profissional ou a estratégia de educação em saúde utilizada pelo profissional não está sendo eficaz? Qual o possível caminho para desenvolver uma educação que faça sentido para os sujeitos e desencadeie uma mudança de comportamentos individuais e coletivos?

Como discutido no tema I, é ainda comum o profissional de Saúde realizar ação educativa com a visão vertical de prescrição de condutas, deixando de lado os condicionantes e determinantes que estão influenciando numa dada situação. Utilizando o exemplo citado pelo ACS, relacionado ao não tratamento da água, à medida que se almeja uma educação participativa, o profissional deve refletir: por que a pessoa continua adotando determinado comportamento? Ela tem acesso a que formas de tratamento? Quais os recursos disponíveis? O que ela já sabe sobre isso? Qual a realidade que vivencia?

Assim, a partir da compreensão das reais necessidades das pessoas, através do diálogo e da aproximação, numa relação humilde, há chances de avançar para a mudança das partes, reverberando na mudança da totalidade. Contudo, essa mudança acontece de maneira gradual, já que envolve a questão cultural dos homens, somente sendo possível quando a educação se torna significativa para o sujeito, o que depende de interesse próprio, experiências anteriores e da própria consciência (FREIRE, 1979, 2000, 2005).

Por esse motivo, pode-se inferir que ninguém conscientiza ninguém, pois a ação dialógica requer o exercício da autonomia da pessoa, para que ela tome decisões acerca da sua vida e saúde. Não operando em termos de transmissão, mas sim de partilha, a educação deve

ser baseada pela relação mútua entre os sujeitos envolvidos (FREIRE, 2005; CARNEIRO *et al*, 2012). Dessa forma, chamamos a atenção para o perigo da prática de barganha presente nos serviços por meio do fornecimento de brindes ou lanches à população em troca da sua participação nas atividades educativas realizadas.

Tal prática pode contribuir para a alienação das pessoas, ao passo que as considera como “assistidas”, conferindo à ação social um caráter paternalista, ofuscante da autonomia. Freire (2005) deixa claro que se solidarizar com os outros não consiste em deixá-los dependentes, mas ensinar-lhes a criar asas para voar.

Desse modo, mesmo sendo notórias as condições econômicas e emocionais desfavoráveis em que vivem as populações cobertas pelas equipes, como pode ser exemplificado na fala abaixo, nosso pensar dialógico deve instigar quais formas políticas e sociais podem ser acionadas para que esses indivíduos trabalhem e transformem o mundo e não reproduzir o assistencialismo como se estes estivessem “estendendo as mãos” em gestos de súplica (FREIRE, 2005).

Técnica de enfermagem 2: A população às vezes não tem um pão, vai ter pra passagem pra vir pro atendimento? Aí já fica doente, já está com a doença clínica no físico, aí vem o psíquico, aí a tendência eu acho que é piorar.

Em meio à vulnerabilidade social das comunidades adscritas, os trabalhadores revelam temáticas sobre as quais sentem necessidade de EP, sendo citadas hanseníase, tuberculose, sofrimento mental, gravidez na adolescência, uso de drogas, violência e doenças sexualmente transmissíveis. Acredita-se que essas necessidades identificadas partem da *práxis* cotidiana, refletindo as principais demandas que os trabalhadores lidam no serviço de saúde.

Enfermeira 4: Eu tô precisando muito de uma capacitação em hanseníase e tuberculose, eu tô precisando mesmo dessa capacitação, porque houve algumas mudanças nas diretrizes, né?

ACS 2.1: Eu sofro um bocado porque a gente trabalha em comunidades carentes, né, e tem muita gente que tem problema psíquico, né? E como chegar até essa pessoa, né? Como chegar em uma pessoa com depressão, que está angustiada, tem um problema mental, como atender essa pessoa?

ACS 3.2: [...] E hoje você lidar com pessoas de drogas pra tentar amenizar aqui nessa situação é muito difícil.

Diante das temáticas expressas, podemos refletir, a princípio, sobre as fragilidades da situação de saúde e de vida da população, muitas vezes negligenciadas pelo Estado e pela sociedade em geral. Freire (2005) faz uma crítica no sentido de que a maior parte das doenças que acometem as populações mais vulneráveis está diretamente ligadas à pobreza, mas muito

se investe na divulgação sobre o tratamento e não sobre as estratégias e intervenções para a resolução do problema-base. Ele defende que homens e mulheres são submetidos a uma “guerra invisível”, em que o pouco que lhes resta está sendo devorado por doenças, como por exemplo a tuberculose e a hanseníase, as quais os opressores que sustentam a alienação ainda ousam chamar de “doenças tropicais”.

É importante destacar que, segundo Oliveira (2009), as doenças negligenciadas correspondem a um grupo de doenças infecciosas cujo tratamento é inexistente, precário ou que foi estabelecido há décadas e não se atualizou, afetando as populações mais vulneráveis. Estas ainda se mostram como importantes causas de mortes preveníveis no Brasil, causando graves consequências sociais, econômicas e psicológicas e contribuindo assim para a perpetuação dos ciclos de pobreza, desigualdade e exclusão social (BRASIL, 2010b; MARTINS-MELO, JÚNIOR-RAMOS, HEUKELBACHL, 2016).

Frente a isso, podemos afirmar que a EPS consiste em um instrumento para mudança desse quadro, ao considerar a ideia freiriana de que somente iremos conseguir controlar as doenças relacionadas à desigualdade social quando houver desenvolvimento e, para que isso aconteça, somente é possível a partir do estímulo à busca e à criatividade pelos homens (FREIRE, 2005).

Contudo, a situação epidemiológica brasileira não é somente marcada pelas doenças denominadas negligenciadas. De acordo com Mendes (2010) e Marinho, Passos e França (2016), a população é atingida, ao mesmo tempo, além de uma agenda não concluída de infecções, por desnutrição e problemas de saúde reprodutiva; doenças crônicas e seus fatores de risco, como o tabagismo, o sobrepeso, o estresse e a alimentação inadequada; e o forte crescimento das causas externas, caracterizando uma tripla carga de doenças. Vale salientar que há predomínio das condições crônicas e aumento dos transtornos mentais, os quais não podem ser respondidos com qualidade por serviços de saúde voltados para as condições agudas e organizados de forma fragmentada, o que indica a necessidade de implantação de Redes de Atenção à Saúde (RAS).

Neste estudo, os trabalhadores relataram desafios relacionados à organização e à articulação da rede de serviços de saúde no SUS, mencionando dificuldades para o entendimento acerca da criação e do funcionamento de novos serviços, além da deficiência e da inoperância da Central de Regulação dos Serviços de Saúde em Alagoas (Cora), responsável pelo encaminhamento e marcação de consultas e exames nos níveis de atenção, o que confere impacto significativo na resolubilidade para os problemas que se apresentam no âmbito da Atenção Básica.

Médica 4: Então, UPA tá com o que finalmente, se a urgência não pode ir pra lá, eles não estão recebendo urgência, porque, até onde eu entendo, o HGE é emergência e a UPA pra urgência, né? Aí vão criando serviços, criando serviços... E cada vez mais dificulta, entendeu?

ACS 3.2: A unidade tá numa situação meio constrangedora, da gente sofrer problema sério porque o Cora tá praticamente a zero. Então você quer fazer um exame de sangue, de fezes, de urina, não existe.

Esses elementos baseiam o debate de que ainda predominam sistemas fragmentados de atenção, em que os serviços de saúde não se comunicam com fluidez uns com os outros, repercutindo na assistência descontínua à população. Dessa forma, a Atenção Básica fica impossibilitada de assumir seu papel de centro de comunicação e coordenação do cuidado (MENDES, 2010).

Arruda e colaboradores (2015) apontam que, na prática, o fluxo estabelecido entre os serviços de saúde esbarra em um funcionamento truncado, burocrático e desarticulado que não leva em consideração as necessidades e os movimentos reais das pessoas dentro do sistema, o que o torna lento e, em muitos casos, com resultados insatisfatórios. Os autores comparam o sistema a uma orquestra, em que cada instrumento toca uma música diferente e a desarmonia se instala, e os usuários entram por todas as portas e forma-se um labirinto com caminhos diferentes a serem tomados e que, muitas vezes, não são compreendidos por eles e nem mesmo pelos profissionais que fazem parte desse complexo processo.

Contrariamente ao que se observa, a proposta da implantação das RAS traz o sentido de organizar os conjuntos de serviços de saúde vinculados por uma missão única, objetivos comuns e ações interdependentes, permitindo ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada, exigindo mudanças profundas para superar o sistema fragmentado vigente (MENDES, 2010, 2011).

As RAS possuem como principais componentes: os espaços territoriais e suas respectivas populações com necessidades e demandas por ações e serviços de saúde; os serviços de saúde, “ou pontos da rede”, devidamente caracterizados quanto a suas funções e objetivos; a logística que orienta e controla o acesso e o fluxo dos usuários; e o sistema de governança. Assim, constituem-se de três elementos: a população, a estrutura operacional e o modelo de atenção à saúde (MENDES, 2010; SILVA, 2011; ANDRADE *et al*, 2013).

Portanto, observa-se que as dificuldades enfrentadas pelos trabalhadores possuem relação com deficiências dos componentes exigidos pelas RAS, o que nos faz compreender que a vontade do trabalhador não é suficiente para a mudança das práticas. Dessa forma,

diante da realidade multifacetada, cheia de adversidades, à luz do pensar dialógico, instigamos uma reflexão acerca do que implica tais dificuldades para o desenvolvimento da EPS na realidade da ESF.

Consideramos como o centro dessa reflexão o trabalhador e sua forma de lidar com a realidade, visto que, a depender disso, a transformação da realidade será ou não condicionada. Por isso questionamos: como o trabalhador lida com a realidade? Ele geralmente se adapta a ela pelo sufocamento do modelo alienante vigente? O que acontece nesse cenário?

Freire (2000, 2005) nos traz que os trabalhadores da saúde podem ser reconhecidos como oprimidos, imersos a uma prática individualista e dominadora, e assim geralmente temem a liberdade e visualizam que lutar por ela significa uma ameaça principalmente aos companheiros oprimidos, que se assustam com maiores repressões. Então, mesmo reconhecendo a necessidade de mudança das práticas, na maioria das vezes, esses sujeitos correm grande risco de se adaptar à realidade, tornando-os acríticos e reprodutores das ordens impostas.

Ao assumirem uma postura acrítica, os trabalhadores podem não visualizar soluções para os problemas do cotidiano, gerando uma sensação de “impotência” diante da realidade, o que pode ser visualizado na fala a seguir.

ACS 3.2: Porque vivemos numa área que requer muito e onde a gente não tem muito o que contribuir. Então fica complicado pra gente fazer qualquer atribuição aqui.

Dessa maneira, percebe-se que se inicia o processo de desmotivação no ambiente de trabalho, o que parece contagiar uns aos outros dentro da equipe de saúde. Esse processo resulta no estabelecimento de relações interpessoais e no clima de trabalho desconfortável, interferindo na percepção de mundo e, por conseguinte, no modo de atuação.

ACS 2.1: E aí isso vai desmotivando, um desmotiva o outro, desmotiva o outro, daqui a pouco tá todo mundo desmotivado, de médico, a enfermeiro, auxiliar, agente, todos desmotivados [...] E todo mundo se estressa, um se estranha com o outro, né? E aí fica um drama.

Vale ressaltar que, à medida que os trabalhadores não percebem o trabalho como algo significativo, estando desmotivados, supõe-se que exista insatisfação com a realidade vivenciada. Todavia, ao invés dessa insatisfação consistir em pontapé inicial para o desenvolvimento de discussões conjuntas favorecendo a EPS, a fim de elencar os nós críticos e estratégias de solução para os problemas enfrentados, surge um movimento de

distanciamento entre os membros da equipe, o que repercute para o exercício da antidualogicidade (FREIRE, 2005).

Em estudo qualitativo realizado com seis equipes da Atenção Básica da 7ª Regional de Saúde, localizada na região Sudoeste do Paraná, foram identificados como principais motivos de insatisfação no trabalho as dificuldades na colaboração dos usuários e famílias no processo assistencial; dificuldades no trabalho em equipe; deficits nos instrumentos e no ambiente de trabalho; falhas na gestão; falta de incentivo à EC; excesso de demanda e carga horária excessiva, os quais se assemelham às dificuldades citadas pelos trabalhadores neste estudo (LIMA, PIRES, FORTE, 2014).

Assim, é possível frisar que é na organização do trabalho que estão os fatores responsáveis pelas consequências danosas ao funcionamento psíquico dos trabalhadores, tornando-os vulneráveis ao processo de adoecimento e, conseqüente, o comprometimento da qualidade de vida (KATSURAYAMA, PARENTE, MORAES, 2013; FERREIRA, FELIZ, CONTIM, 2015). Segundo Freire (2005), o homem sofre quando se sente frustrado diante da realidade, ao inibir seu poder criativo e não ser reconhecido como sujeito de sua ação.

Os ACS são os trabalhadores que mais apontam situações de sofrimento psíquico neste estudo, ao manifestarem queixas através de expressões como “fica um drama”, “fica complicado”, “é muito difícil”. Esse fato também é evidenciado por estudo de abordagem qualitativa, desenvolvido com 17 ACS vinculados à Secretaria Municipal de Saúde de Rondonópolis, Mato Grosso, em que foram observados intenso envolvimento desses trabalhadores com os usuários, altas exigências pelos membros da equipe e da gestão, além de baixas remunerações (ROSA, BONFANTI, CARVALHO, 2012).

Lopes *et al* (2012), em estudo utilizando a técnica de GF junto a 144 ACS de um município do Estado do Rio Grande do Sul, ainda mencionam como situações geradoras de sofrimento do ACS no trabalho as deficiências nos serviços de saúde, o desconhecimento das suas funções pela população, o sofrimento de trabalhar em equipe e a exposição à violência e ao medo decorrente desse processo.

Além disso, Briese *et al* (2015) ainda acrescentam o fato de que os ACS podem sofrer um dilema moral, ao ficarem em dúvida quanto ao modo de enfrentar os problemas dos usuários. Geralmente os usuários comunicam ao ACS informações sigilosas e confidenciais relacionadas ao uso de drogas, violência intrafamiliar e criminalidade, numa relação de vínculo, mas o trabalhador pode sentir medo diante da necessidade de comunicar esses dados aos demais membros da equipe.

Diante de todos esses fatores, destaca-se o risco existente para o desencadeamento de transtornos mentais e comportamentais pelos trabalhadores ao longo do tempo, como, por exemplo, a Síndrome de *Burnout*, também denominada de síndrome do esgotamento profissional ou estafa profissional, que já vem sendo identificada sua predisposição e ocorrência em quantitativo elevado de profissionais da área da Saúde (MOTA, DOSEA, NUNES, 2014; SILVA *et al*, 2015; MERCES *et al*, 2016).

Essa síndrome é decorrente da cronificação de estresse e resultado das pressões emocionais repetitivas, sendo gerada, muitas vezes, pela divergência entre o que se almeja e o que se encontra no ambiente de trabalho. Ela é composta pelas dimensões de exaustão profissional – sensação de sobrecarga e esgotamento mental pela realização do trabalho; despersonalização – resposta insensível ou impessoal àqueles que necessitam de cuidados e buscam o serviço; e reduzida realização profissional – desmotivação e ausência de êxito no trabalho, gerando baixa autoestima e frustração (PEREIRA, 2008; ALMEIDA *et al*, 2016).

Portanto, torna-se notória a importância da criação de mecanismos no trabalho para prevenção dessa síndrome entre os profissionais da área da Saúde. Ao adotar a perspectiva dialógica para vencer o sofrimento advindo do ambiente de trabalho, sugerimos o fortalecimento das relações interpessoais através da confiança, solidariedade e afetividade entre os pares, de modo que juntos possam minimizar falhas e alcançar resultados mais eficazes (FREIRE, 2000, 2005).

Vale destacar, que, mesmo diante de tantos desafios, os relatos dos trabalhadores indicam significativa potencialidade, ao afirmarem que as relações interpessoais entre esses profissionais são marcadas por boa interação, amizade e vínculo, acreditando que esses elementos somados ao fortalecimento do trabalho em equipe para ações na comunidade se configuram como **facilidades para o desenvolvimento da EPS: as relações interpessoais e o trabalho em equipe**.

Pesquisadora: O que vocês enxergam que facilita fazer educação permanente aqui no serviço?

Médica 1: Eu acho que o trabalho em equipe.

ACS 4.4: A gente tem uma amizade boa aqui, entendeu? O lado social, a interação nossa aqui dentro é boa.

Médico 2: Então, talvez um esboço de solução é também a gente de alguma forma coletivamente desenvolver atividades *in loco*, né? Em campo. Mas é coletivamente, porque a gente já faz individualmente com todas as nossas dificuldades. Mas coletivamente, pensar, por exemplo, num mutirão, num mutirão, né, vamos lá, ver a PA, descobrir pessoas hipertensas na área, e eu nem vou falar na questão de glicemia porque esbarra numa questão de insumos, fitas e tal. Mas então vamos fazer assim,

mutirões... Acho que talvez a gente possa de alguma forma fazer atividade com adolescente DST é uma ideia.

Sobre isso, Fernandes *et al* (2015) afirmam que o vínculo construído entre profissionais no trabalho favorece maior troca de conhecimentos, crescimento e realização pessoal. Porém, favorecer esse processo diante de uma realidade contraditória, dominadora e desestimulante não parece ser tarefa fácil. Mesmo assim, é sugerido pelos referidos autores a aplicação de alguns elementos para o estabelecimento de relacionamentos interpessoais saudáveis no trabalho, sendo eles: diálogo, ajuda, respeito, confiança, proatividade, maturidade, flexibilidade, escuta, atenção, sorriso, elogio, empatia, acolhimento, disponibilidade, preocupação, carinho, zelo e afeto.

Baggio e Erdmann (2015) ainda propõem aos profissionais disparar no ambiente de trabalho momentos de desconcentração, em que a brincadeira e o riso possam se fazer presentes; de pausa para o lanche, favorecendo a conversa e a confraternização; e de oração coletiva, valorizando a espiritualidade.

Frente a isso, pode até parecer estranho estar estimulando a aplicação desses elementos na prática profissional, visto que nossa cultura capitalista valoriza a separação entre ambiente de trabalho e subjetividade. Contudo, Paulo Freire (2005) nos incita a falar constantemente que o homem é um ser relacional, não podendo realizar-se ao isolamento, no individualismo, mas na comunhão, na solidariedade dos existires. Santos, Mishima e Merhy (2016) também destacam a importância da intersubjetividade no processo de trabalho, ao evidenciarem que os laços de afeto e amizade construídos entre trabalhadores possibilitam o estreitamento de relações mais horizontais e práticas mais integradas, contribuindo para a interdisciplinaridade.

No cotidiano do trabalho podem ser criados espaços para discussão e convivência coletiva, proporcionando não somente discussões formais sobre os aspectos técnicos e gerenciais. Nesses momentos pode-se estimular o debate sobre os aspectos positivos do trabalho e resultados alcançados, assim como desenvolver atividades para a saúde dos trabalhadores, estimulando o autocuidado. Dessa forma, os participantes do estudo sinalizam essas questões como **propostas para o desenvolvimento da EPS: o cuidado de si e o uso de ferramentas de Apoio Matricial.**

Médico 2: O PSF ainda é o que há de mais avançado em termos de diminuir morbidade e de impactar nos indicadores de saúde. Não é uma questão utópica, não, mas mesmo assim. Agora imagine se a gente acertar o passo! Porque com todas as agulhas que a gente possa ter, né? A gente ainda consegue, digamos, diminuir

mortalidade, a gente ainda consegue é... Diminuir prevalência de AVC, de Acidente Vascular Cerebral, infarto agudo do miocárdio, isso tá provado, é só você fazer uma pesquisa num desenho que tenha uma assistência como essa e a que não tem. Quer dizer, a gente sem saber, a gente tem tanta força, tanta capacidade, imagine quando a gente centrar, mas e, aí eu digo, por isso que a gente tem dificuldade pra não desistir, digamos assim, porque, quando a gente se depara, a gente vê que é ruim assim e pior sem a gente.

Médico 2: E como é que a gente vai cuidar de uma comunidade que está doente se a gente tiver adoecido também? Então a gente precisa se cuidar mais, se observar mais.

Desse modo, trazemos a reflexão de que o **cuidado de si**, apesar de ainda negligenciado pelos trabalhadores de saúde, devido, principalmente, a vários vínculos empregatícios e jornadas triplas de trabalho, mostra-se como elemento essencial para reflexão acerca da própria saúde, repercutindo intrinsecamente na assistência prestada. Amplia-se o olhar à medida que se relaciona o cuidado de si com o aprofundamento do conhecimento sobre o mundo, visto que é elemento de movimentação da engrenagem da vida em direção à construção de um novo ser (TARGINO *et al*, 2013).

Assim, podemos inferir que a prática do autocuidado pelo trabalhador contribui para o desenvolvimento da EPS e, ao passo que motiva esse ator para o trabalho, faz repensar sobre a possibilidade de lutar e conseguir mudanças, dando-lhe maior autonomia no controle sobre o processo de trabalho, construindo assim maior distância de possíveis desgastes (LACAZ *et al*, 2013).

Além dessa proposta, as equipes também apontam o fortalecimento do matriciamento como possível caminho que pode contribuir para o desenvolvimento da EPS, como pode ser observado nas falas:

Médica 3: E se tivesse o matriciamento da equipe, né? Tivesse essa questão da gente ter com quem discutir também, que a gente tivesse um suporte também.

ACS 1.1: A gente tenta buscar parceiros. Acionar a rede, pra dar suporte e apoio. A gente teve matriciamento em saúde mental com o pessoal do CAPS, da Ufal, né? A gente busca parceiros porque a gente às vezes se sente sozinho aqui e a gente tenta solucionar, mas às vezes tá fora da nossa capacidade, da nossa governabilidade.

A partir das narrativas, podemos compreender que as equipes reconhecem a necessidade do trabalho coletivo, reforçando que sozinhos não conseguem desenvolver o trabalho em saúde com a máxima potencialidade, deixando clara a necessidade de apoio e suporte.

Como uma metodologia de trabalho que exercita a função de apoio dentro do SUS pode ser destacado o **Apoio Matricial**, a qual iniciou sua implantação em Campinas em meados da década de 1990, com a ideia inicial de articular equipes da rede básica a núcleos de

saúde mental e, somente com a criação do NASF, o MS possibilitou recursos para estimular sua aplicação na Atenção Básica (OLIVEIRA, CAMPOS, 2015).

Essa metodologia preconiza a cogestão através de ativação dos espaços de comunicação e de deliberação conjunta, de forma a compartilhar saberes e auxiliar na organização dos fluxos da rede de atenção, sendo considerada uma forma de EP e de reconstrução de si mesmo, uma vez que favorece a concepção ampliada do processo de saúde-doença, o diálogo e a interdisciplinaridade. Apesar disso, ainda concentra suas atividades na área de saúde mental, além de se deparar com dificuldades de reduzida carga horária e recursos humanos (CASTRO, OLIVEIRA, CAMPOS, 2016).

Todavia, estudos recentes evidenciam que o Apoio Matricial vem contribuindo para a integralidade do cuidado e resolutividade da Atenção Básica. Em pesquisa descritivo-analítica, com abordagem qualitativa, realizada em município da região metropolitana de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, com 21 participantes, utilizando a técnica de GF, mostra que essa estratégia, através do envolvimento de especialistas e generalistas, traz benefícios de fortalecimento das relações, criação de atitudes positivas e redução de desacordos (HIRDES, 2015).

Morais e Tanaka (2012), através de pesquisa qualitativa com 12 profissionais de equipes que realizavam atividades de matriciamento no município de Fortaleza, identificam que o Apoio Matricial em saúde mental na Atenção Básica gera garantia de acesso aos usuários e maior poder de tomada de decisão coletiva pelas equipes, produzindo novas práticas clínicas e institucionais.

Jorge (2014) ainda acrescenta, por meio de pesquisa qualitativa com 44 profissionais de dois centros de saúde da família e dois Centros de Atenção Psicossocial da cidade de Fortaleza, que o Apoio Matricial favorece maior satisfação com o atendimento pelas equipes e usuários, principalmente no que se refere ao acesso a fármacos e às relações entre as equipes, além de contribuir para o fortalecimento de visitas domiciliares e grupos terapêuticos.

Pode-se afirmar, portanto, que o Apoio Matricial configura prática inovadora na Atenção Básica, a qual vem promovendo melhorias na articulação entre os serviços e a valorização da intersubjetividade no processo de trabalho (PINTO *et al*, 2012).

Como uma ferramenta utilizada nas ações de Apoio Matricial destaca-se a construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS), o qual permite a discussão coletiva de casos, a identificação e o acionamento de potenciais parceiros para a integralidade da assistência.

Médica 3: [...] Através do Projeto Terapêutico Singular, a gente pode fazer discussão de casos, a equipe traz os casos pra gente discutir, né? O que a gente pode, né, fazer com aquele caso, onde a gente pode referenciar, quais as parcerias que a gente pode tentar, assim, fazer isso como equipe [...]

De acordo com Brasil (2012a), o PTS consiste em discussão prospectiva cuja proposta de ação pode ser utilizada com indivíduos, famílias ou coletividade, devendo fazer parte também do processo de trabalho dos profissionais envolvidos na ESF, o que possibilita o diálogo, o compartilhamento e o acompanhamento longitudinal de responsabilidades.

Essa ferramenta traz à tona a concepção da interdisciplinaridade e da intersetorialidade, em que há criação de proximidade, troca e pactuação entre os atores envolvidos, buscando resoluções em conjunto e acreditando ser possível ampliar os espaços de atenção. Segundo Linassi *et al* (2011) e Pinto *et al* (2011), o PTS possibilita aos trabalhadores analisar as conquistas, frustrações, dificuldades e avanços acerca do processo de trabalho e deve ser elaborado considerando as necessidades reais e as subjetividades, propondo novos fluxos e tecnologias de trabalho e de gestão dentro do SUS.

Nesse sentido, finalizando o último tema deste estudo, é possível compreender que a conjuntura apresentada nos mostra que os desafios enfrentados pelos trabalhadores envolvem tanto o nível macropolítico (hegemonia do modelo biomédico, falta de apoio da gestão, deficiência de articulação entre os serviços de saúde, vulnerabilidade social das comunidades adscritas) quanto o nível micropolítico (relações hierárquicas, falta de comunicação entre as equipes, dificuldades para planejamento coletivo, sobrecarga e divisão técnica do trabalho), frisando existir interdependência entre eles.

Apesar de tantos entraves vivenciados pelas equipes no cotidiano do trabalho, os trabalhadores indicam como possíveis caminhos para o desenvolvimento da EPS o cuidado de si, o fortalecimento do trabalho em equipe e a utilização das estratégias de Apoio Matricial e do PTS no âmbito da Atenção Básica, o que nos confere pistas para o investimento em tecnologias leves no processo de trabalho, as quais contribuem para a dialogicidade e a mudança do modelo de atenção, tal como encontrado no estudo de Santos, Mishima e Merhy (2016).

Um aspecto que merece destaque dentre as várias considerações manifestas pelas equipes e que nos surpreendeu foi de que, ao final dos GFs, agradeceram o momento proporcionado por este estudo e sinalizaram a necessidade de continuidade de encontros, conforme as seguintes falas:

Médico 2: Da minha parte quero agradecer, tá? A gente agradece a parceria. Agradece também esse momento muito rico.

ACS 2.5: Agradecer, vocês ajudaram muito.

ACS 4.5: Agradecer, é uma coisa tão boa de discutir, né?

Enfermeira 4: [...] Eu só queria que vocês incentivassem os outros órgãos, secretaria, pra que ele continuassem com esse trabalho de educação continuada conosco aqui na unidade.

ACS 2.4: [...] Só uma conversa dessa a gente já fica empolgado.

Assim, a partir das discussões disparadas nos GFs, acreditamos ter incentivado a problematização dos seres no mundo e com o mundo e percebemos que, cada vez mais, os trabalhadores sentiram-se desafiados, numa postura crescentemente crítica e menos alienada, ao passo que já evidenciam a visão de corresponsabilidade para a resolução dos problemas vivenciados.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Acreditando que somente a partir do diálogo é possível romper com a cristalização, muitas vezes conferida à realidade, fomos ao encontro dos participantes do estudo. Abertos a esse encontro com amor e esperança, exercitamos a escuta e respeitamos o espaço e o ritmo já vivenciados pelas equipes.

Ao provocarmos o debate coletivo acerca do processo de trabalho, iniciamos neste estudo a investigação do universo temático dos trabalhadores acerca das suas percepções, práticas desenvolvidas e desafios enfrentados, inserindo-os no pensar crítico e reflexivo. Isso significa apreender que, ao buscar o aprofundamento acerca da EPS, concomitantemente já foi possível desencadeá-la, visto que seu primeiro passo prevê, a partir da *práxis*, olhar para o mundo que nos rodeia com um novo olhar: o de problematizar, com ênfase para a criatividade e a transformação.

O processo de desenvolvimento dos GFs juntamente à adoção do referencial teórico da educação dialógica e participativa, defendida por Paulo Freire, nos permitiu caminhar em meio à intersubjetividade existente nas relações, indo além das falas, ao considerar os aspectos históricos, políticos e culturais que influenciam a forma com que lidam e atuam sobre a realidade. Apesar disso, trouxe o aspecto desafiador de reunir e estimular as equipes de trabalho para discussão acerca dos seus processos de trabalho, identificando fragilidades e entrando em contato com conflitos e relações de poder.

Os resultados evidenciaram que as percepções relacionadas à EPS pelos trabalhadores deste estudo são marcadas por contradições, ao entenderem a EPS como EC na forma predominante de capacitações e atualizações e como prática educativa em grupos marcada por transmissão de informações e relações verticais entre os trabalhadores e a comunidade, em substituição a estratégias de EPS de discussão e planejamento coletivo. Ao mesmo tempo, os discursos revelaram que as equipes associam a EPS a um processo contínuo e inacabado, inclusive criticam as ações desenvolvidas pautadas pela lógica vertical e descontextualizada da realidade do trabalho.

Frente às práticas vinculadas à EPS e desenvolvidas nos serviços, foram destacadas as reuniões de equipe, os grupos educativos e a participação em eventos científicos, o que indica relação à forma como percebem a EPS. Para concretização dessas práticas foram citadas necessidade de investimento financeiro próprio e apoio de instituições externas aos serviços de saúde, com ênfase nas universidades públicas, órgãos de classe e o NASF.

Os desafios apresentados pelos participantes do estudo demonstraram uma conjuntura difícil na qual os trabalhadores estão imersos, com características epidemiológicas de vulnerabilidade e desigualdade social, hegemonia do modelo biomédico, fragmentação e divisão técnica do trabalho, condições de trabalho precárias, excesso de demanda e sobrecarga e desarticulação dos serviços que compõem a rede de atenção à saúde.

Esses elementos refletem na condição psíquica dos trabalhadores, que expressam sentimentos de frustração diante da realidade. No entanto, esses sujeitos não permanecem inertes, indicando movimentos de desconforto e insatisfação. Os trabalhadores já sinalizam o reconhecimento da necessidade da criação de espaços para o debate coletivo e de continuidade das ações desenvolvidas, interligando esse fazer à realidade cotidiana.

Dentre as potencialidades identificadas no estudo, podemos destacar a boa interação, amizade e vínculo desenvolvidos entre as equipes; a capacidade de escuta e respeito à livre expressão observada durante os GFs; o interesse das equipes para qualificação através da participação em cursos e eventos científicos; a valorização conferida ao desenvolvimento de atividades de educação em saúde em grupos e a articulação construída com instituições de ensino e com o NASF.

Os próprios trabalhadores indicam caminhos fecundos para o desenvolvimento da EP na Atenção Básica, ao passo que acreditam no cuidado de si; na valorização dos resultados alcançados pelo serviço; no fortalecimento do Apoio Matricial e na construção do PTS como elementos potentes para disparar a motivação, trabalho em equipe, discussão conjunta e maior resolutividade das demandas da população.

Esses caminhos podem sinalizar o desenvolvimento de outros estudos no âmbito desse nível de atenção, mais especificamente de aplicação de estratégias que possam auxiliar na transformação do trabalho, como criação de tecnologias mais acessíveis de qualificação à distância e oficinas de trabalho de acordo com as necessidades apresentadas pelas equipes, conforme metodologias participativas de aprendizagem.

Nesse sentido, o estudo permitiu conhecer e problematizar o processo de trabalho de quatro equipes de Saúde de Família do município de Maceió, Alagoas, contribuindo para compreensão dos processos que permeiam a realidade, na ótica de quem a produz e tem potencial de transformá-la. Constitui-se um passo inicial para intervenções que favoreçam o processo de Educação Permanente entre os trabalhadores, dando ênfase na necessidade da substituição do modelo de atenção à saúde no SUS, a partir do reinventar das práticas e fazer dialógico, envolvendo gestão, ensino, serviço e controle social.

Atendendo à necessidade de apoio para o desenvolvimento da EP, relatada por todas as equipes entrevistadas, e buscando atravessar o conhecimento teórico para aplicação prática, este estudo prevê continuidade através de programa de EP junto às equipes, consistindo no desenvolvimento da segunda fase da pesquisa-intervenção, “Práticas e Tecnologias de Educação Permanente em Saúde – Pesquisa-intervenção com foco no processo de trabalho de equipes de Saúde da Família”, aprovada com financiamento PPSUS.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, A.B.B.; BOSI, M.L.M. Visita domiciliar no âmbito da Estratégia Saúde da Família: percepções de usuários no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, p. 1103-1112, mai 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000500017>. Acesso em: 15 set. 2016.
- ALMEIDA, L.A. et al. Fatores geradores da Síndrome de Burnout em profissionais da saúde. **J. res. fundam. care. online**, Rio de Janeiro, v.8, n.3. p. 4623-4628, jul./set 2016. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3469/pdf_1>. Acesso em: 03 dez. 2016.
- ALVARADO-PRADA, L.E.; FREITAS, T.C.; FREITAS, C.A. Formação continuada de professores: alguns conceitos, interesses, necessidades e propostas. **Rev. Diálogo Educ.**, Curitiba, v. 10, n. 30, p. 367-387, maio/ago 2010.
- ALVES, M.R. et al. Educação permanente para os agentes comunitários de saúde em um município do norte de Minas Gerais. **J. res. fundam. care. online**, Rio de Janeiro, v. 7, n.9, p. 882-888, jul/set, 2013. Disponível em: <<http://saudepublica.bvs.br/pesquisa/resource/pt/lil-719733>>. Acesso em: 14 ago. 2016.
- AMARAL, M.C.S.; PONTES, A.G.V.; SILVA, J.V. O ensino de Educação Popular em Saúde para o SUS: experiência de articulação entre graduandos de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde. **Interface**, Botucatu, v.18, supl. 2, p. 1547-1558, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000601547>. Acesso em: 10 ago. 2016.
- ANDRADE, A.M. et al. Organização das redes de atenção à saúde na perspectiva de profissionais da atenção domiciliar. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v.34, n.1, p.111-117, jun, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472013000200014>. Acesso em: 02 set. 2016.
- ANDRADE, R.C.C. **Equipamentos de informatização nas unidades de Atenção Básica no Brasil**: análise baseada no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade – PMAQ. 2014. Monografia (Especialização em Saúde Coletiva) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasília, 2014.
- ANDRADE, S.R.; BOEHS, A.E.; BOEHS, C.G.E. Percepções de enfermeiros docentes e assistenciais sobre a parceria ensino-serviço em unidades básicas de saúde. **Interface**, Botucatu, v.19, n.59, p. 537-47, 2015. Disponível

em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832015000300537>. Acesso em: 06 out. 2016.

ARANTES, C.I.S.; BÓGUS, C.M.A. A promoção da saúde na atenção primária na perspectiva de uma equipe de saúde da família. In: CONGRESSO IBEROAMERICANO EM INVESTIGAÇÃO QUALITATIVA, 4º, 2015, Aracaju. **Atas CIAIQ2015**, v. 1. Disponível em: <<http://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2015/article/view/68/66>>. Acesso em: 16 set. 2016.

ARANTES, L.J.; SHIMIZU, H.E.; MERCHÁN-HAMANN, E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p.1499-1509, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016000501499&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 04 ago. 2016.

ARRUDA, C. et al. Redes de atenção à saúde sob a luz da teoria da complexidade. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 169-173, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452015000100169>. Acesso em: 12 set. 2016.

ARTMANN, E. Interdisciplinaridade no enfoque intersubjetivo habermasiano: reflexões sobre planejamento e AIDS. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, 183-95, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232001000100015>. Acesso em: 08 ago. 2016.

AYRES, J.R.C.M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, 63-72, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232001000100005>. Acesso em: 08 ago. 2016.

BACKES, D.S, et al. Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas. **Rev O mundo da saúde**, São Paulo, v. 35, n. 4, p.438-442, 2011.

BAGGIO, M.A.; ERDMANN, A.L. Processando o cuidado “do nós” nas relações/interações estabelecidas por profissionais de enfermagem e de saúde. **Cogitare Enferm**, Paraná, v. 20, n. 3, p. 573-580, jul/set, 2015. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/41177/26199>>. Acesso em: 01 dez. 2016.

BARBOSA, M.G. et al. Saberes e Práticas da Educação Permanente em Saúde no Cotidiano da Estratégia Saúde da Família: uma Metassíntese. In: CONGRESSO IBEROAMERICANO

EM INVESTIGAÇÃO QUALITATIVA, 5º, 2016, **Atas CIAIQ2016**. Disponível em: <<http://proceedings.ciai.org/index.php/ciai2016/article/view/884/868>>. Acesso em: 28 nov. 2016.

BARBOSA, V.B.A; FERREIRA, M.L.S.M; BARBOSA, P.M.K. Educação permanente em saúde: uma estratégia para a formação dos agentes comunitários de saúde. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v.33, n. 1, p.56-63, mar, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472012000100008>. Acesso em: 02 ago. 2016.

BÁRCIA, M. F. **Educação Permanente no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 1982.

BARTH, P.O. et al. Educação permanente em saúde: concepções e práticas de enfermeiros de unidades básicas de saúde. **Rev. Eletr. Enf**, Goiás, v. 16, n. 3, p. 604-611, jul/set, 2014. Disponível em: <<https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/22020/17542>>. Acesso em: 15 nov. 2016.

BERGAMIM, M.D; PRADO, C. Problematização do trabalho em equipe em enfermagem: relato de experiência. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 66, n.1, p. 134-137, jan-fev, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000100021>. Acesso em: 21 jun. 2016.

BISCARDE, D.G.S.; PEREIRA-SANTOS, M.; SILVA, L.B. Formação em saúde, extensão universitária e Sistema Único de Saúde (SUS): conexões necessárias entre conhecimento e intervenção centradas na realidade e repercussões no processo formativo. **Interface**, Botucatu, v. 18, n. 48, 177-86, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832014000100177&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 03 jul. 2016.

BISPO, E.P.F.; TAVARES, C.H.F.; TOMAZ, J.M.T. Interdisciplinaridade no ensino em saúde: o olhar do preceptor na Saúde da Família. **Interface**, Botucatu, v. 18, n. 49, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v18n49/1807-5762-icse-1807-576220130158.pdf>>. Acesso em: 04 jun. 2016.

BOSI, M.L.M. Pesquisa qualitativa em saúde coletiva: panorama e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n. 3, p.575-586, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000300002>. Acesso em: 17 jan. 2016.

BRANDÃO, G.C.G. **O processo de trabalho das equipes de Saúde da Família de Campina Grande – PB**. 2014. 175f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014.

BRASIL. Ministério da Educação. **Parecer n.CNE/CES 1.133, de 3 de outubro de 2001.** Diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em enfermagem, medicina e nutrição. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 3 out. 2001. Seção 1E, p. 131.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Conferência Nacional de Saúde:** reformulação do Sistema Nacional de Saúde. Relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil.** São Paulo: Imprensa Oficial do Estado de São Paulo S.A, MESP.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Conferência Nacional de Saúde:** Saúde – municipalização é o caminho, 9. Relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 1993.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Conferência Nacional de Saúde:** onde dá SUS, dá certo! 10. Relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Conferência Nacional de Saúde:** efetivando o sus – acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde, com controle social, 11. Relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

_____. Conferência Nacional de Saúde. **Conferência Sérgio Arouca:** Saúde, um direito de todos e um dever do Estado – a saúde que temos, O sus que queremos, 12. Relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

_____. **Portaria GM/MS N° 198, de 13 de fevereiro de 2004.** Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 13 fev, 2004b.

_____. **Portaria interministerial n. 2.101, de 3 de novembro de 2005.** Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 4 nov. Seção 1, p. 111. 2005.

_____. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde.** Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1996/GM/MS, de 20 de agosto de 2007.** Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em saúde e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.** Série B. Textos Básicos de Saúde. Série Pactos pela Saúde 2006, v. 9. Brasília: Ministério da Saúde, 64 p. 2009a.

_____. Secretaria-Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Glossário temático:** gestão do trabalho e da educação na saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009b.

_____. **Portaria interministerial n. 421, de 3 de março de 2010.** Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET-Saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 5 mar. Seção 1, p. 52. 2010a.

_____. Departamento de Ciência e Tecnologia. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Doenças negligenciadas: estratégias do Ministério da Saúde. **Rev Saude Pública**, v. 44, n. 1, p. 200-202, 2010b.

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

_____. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. **Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família.** Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 116 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica), n. 39.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e Qualidade – AMAQ.** Brasília: Ministério da Saúde, 2016a.

_____. Portal da Saúde. **Histórico de Cobertura de Saúde da Família.** Disponível em: < http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php>. Acesso em: 04 dez. 2016b.

BRIESE, G. et al. Sofrimento moral dos Agentes Comunitários de Saúde. **Cienc Cuid Saude**, v. 14, n. 2, 1035-1042, Abr/Jun, 2015. Disponível em: <

<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/17696/14746>>.
Acesso em: 04 dez. 2016.

BUCCINI, G.S.; MARTINS, M.C.F.N.; SANCHES, M.T.C. O processo de educação permanente em saúde: percepção de equipes de saúde da família. **Boletim do Instituto de Saúde BIS**, v. 48, p. 51-54, 2009.

CAMPOS, G.W.S. **Reforma da reforma**: repensando a saúde. São Paulo: Hucitec; 1992.

CAMPOS, G.W.S. **Modelos Assistenciais e Unidades Básicas de Saúde**: Elementos para Debate. In: Campos GWS. Planejamento sem normas. 2. ed. São Paulo: Hucitec; 1994. p. 53-60.

CAMPOS, G.W.S. A mediação entre conhecimento e práticas sociais: a racionalidade da tecnologia leve, da práxis e da arte. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, 3033-3040, jul, 2011. Disponível em: <
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000800002>.
Acesso em: 20 nov. 2016.

CAPRA, M.L.P. **A educação permanente em saúde como dispositivo de gestão setorial e de produção de trabalho vivo em saúde**. Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2011.

CARDOSO, I.M. “Rodas de Educação Permanente” na Atenção Básica de Saúde: analisando contribuições. **Rev Saúde Soc**, São Paulo, v.21, supl. 1, p.18-28, 2012. Disponível em: <
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902012000500002>.
Acesso em: 10 jul. 2016.

CARDOSO, S.D.L. **Tecnologias da Informação e Comunicação incorporadas à educação na saúde no Brasil**: uma revisão sistemática. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2013.

CARDOSO, C.G.; HENNINGTON, E.A. Trabalho em equipe e reuniões multiprofissionais de saúde: uma construção à espera pelos sujeitos da mudança. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, supl. 1, p. 85-112, 2011. Disponível em: <
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462011000400005>.
Acesso em: 16 out. 2016.

CARNEIRO, A.C.L.L. et al. Educação para a promoção da saúde no contexto da atenção primária. **Rev Panam Salud Publica**, 31(2), 2012. Disponível em: <
<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v31n2/a04v31n2.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2016.

CARROTA, F.; KAWAMURA, D.; SALAZAR, J. Educação permanente em saúde: uma estratégia de gestão para pensar, refletir e construir práticas educativas e processos de trabalho. **Saúde Soc**, São Paulo, v. 18, n.1, p. 48-51, 2009.

CASTRO, C.P.; OLIVEIRA, M.M.; CAMPOS, G.W.S. Apoio Matricial no SUS Campinas: análise da consolidação de uma prática interprofissional na rede de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1625-1636, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016000501625&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 03 jul. 2016.

CECCIM, R.B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 161-177, 2005a. Disponível em: <<http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/textos%20eps/educacaoopermanente.pdf>>. Acesso em: 18 jun. 2016.

_____. Educação Permanente em saúde: Descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p.975-86, 2005b. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000400020>. Acesso em: 18 jun. 2016.

CECCIM, R.B.; FEUERWERKER, L.C.M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, 41-65, 2004.

CONTERNO, S.F.R.; LOPES, R.E. Inovações do século passado: origens dos referenciais pedagógicos na formação profissional em saúde. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 503-523, set/dez. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462013000300004>. Acesso em: 20 nov. 2016.

COSTA, G.D. et al. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 62, n. 1, 113-8, jan-fev, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000100017>. Acesso em: 14 mar. 2016.

COSTA, N.R. A Estratégia de Saúde da Família, a atenção primária e o desafio das metrópoles brasileiras. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, 1389-1398, 2016. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016000501389&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 07 nov. 2016.

CRUZ, M.M. et al. Uso do planejamento e Autoavaliação nos processos de trabalho das equipes de Saúde da Família na Atenção Básica. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v.38, n.

especial, p. 124-139, out, 2014. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0124.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2016.

CUNHA, A.Z.C. et al. Implicações da educação permanente no processo de trabalho em saúde. **Revista Espaço para a Saúde**, Paraná, v. 15, n. 4, p. 64-75, out/dez. 2014. Disponível em: < <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/espacoparasaude/article/view/19911>>. Acesso em: 13 dez. 2015.

DALL'AGNOL, C.M. Desafios do processo grupal em reuniões de equipe da Estratégia Saúde da Família. **Esc Anna Nery** (impr.), Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, 504-510, jul-set, 2010.

D'AMOUR, D. et al. A model and typology of collaboration between professional in healthcare organization. **BMC Health Serv Res**, v. 8, p. 188, 2008.

ELLERY, A.E.L.; BOSI, M.L.M.; LOIOLA, F.A. Integração Ensino, Pesquisa e Serviços em Saúde: antecedentes, estratégias e iniciativas. **Saúde Soc**, São Paulo, v.22, n.1, p.187-198, 2013. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v22n1/17.pdf>>. Acesso em: 19 nov. 2016.

FAGUNDES, N.C.; RANGEL, A.G.C.; CARNEIRO, T.M. Educação permanente em saúde no contexto do trabalho da enfermeira. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, e11349, 2016. Disponível em: < <http://www.facenf.uerj.br/v24n1/v24n1a03.pdf>>. Acesso em: 05 jan. 2016.

FALKENBERG, M.B. et al. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 3, p.847-852, 2014. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000300847>. Acesso em: 12 set. 2016.

FARIA, R.S.; CAMPOS, E.M.S. Demanda espontânea na Estratégia Saúde da Família: uma análise dos fatores que a influenciam e os desafios na reorientação do modelo assistencial do SUS. **Rev APS**, Minas Gerais, v. 15, n.2, p. 148-157, abr/jun, 2012. Disponível em: < <https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/1475/626>>. Acesso em: 10 ago. 2016.

FERNANDES, H.N. et al. Relacionamento interpessoal no trabalho da equipe multiprofissional de uma unidade de saúde da família. **J. res.: fundam. care. online**, Rio de Janeiro, v. 7, n.1, 1915-1926, jan./mar., 2015. Disponível em: < <http://pesquisa.bvsalud.org/enfermagem/resource/pt/bde-26704>>. Acesso em: 01 set. 2016.

FERNANDES, R. S. S. R. **A formação continuada nos discursos de professores da Educação Superior**: a experiência da UFPA e do CESUPA. Dissertação (Mestrado em Educação) - UFPA, Belém, 2009.

FERREIRA, M.B.G.; FELIX, M.M.S.; CONTIM, D. Caracterização do contexto de trabalho e qualidade de vida dos profissionais de Estratégia Saúde da Família. **Cogitare Enferm**, Paraná, v. 20, n. 3, jul/set, 2015. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/41124>>. Acesso em: 01 dez. 2016.

FERTONANI, H.P.; PIRES, D.E.P.; BIFF, D. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n. 20, n. 6, 1869-1878, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000601869>. Acesso em: 14 set. 2016.

FEUERWERKER, L.C.M. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Interface**, Botucatu, n. 9, v. 18, 489-506, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000300003> Acesso em: 04 jan. 2016.

FIGUEIREDO, A.C. A universidade pública brasileira sob o paradigma da pós-modernidade. **Revista HISTEDBR On-line**, Campinas, n. 49, p.137-148, mar, 1676-258. Disponível em: <<http://ojs.fe.unicamp.br/ged/oldhistedbr/article/view/5343/4264>>. Acesso em: 25 nov. 2016.

FIGUEIREDO, M.D.; CAMPOS, G.W.S. O apoio Paideia como metodologia para processos de formação em saúde. **Interface**, Botucatu, n. 18, supl. 1, 931-43, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v18s1/1807-5762-icse-18-1-0931.pdf>>. Acesso em: 18 fev. 2016.

FLISCH, T.M.P. et al. Como os profissionais da atenção primária percebem e desenvolvem a Educação Popular em Saúde? **Interface, Botucatu**, v. 18, supl. 2, 1255-1268, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000601255>. Acesso em: 02 mar. 2016.

FORTUNA, C.M. et al. Educação permanente na estratégia saúde da família: repensando os grupos educativos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, São Paulo, v. 21, n.4, jul/ago, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n4/pt_0104-1169-rlae-21-04-0990.pdf>. Acesso em: 16 fev. 2015.

_____. O trabalho de equipe no Programa de Saúde da Família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. **Rev Latino-Am. Enfermagem**, São

Paulo, v. 13, n. 2, mar/abr, 262-8, 2005. Disponível em: <
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000200020>.
Acesso em: 04 set. 2016.

_____. Movimentos da educação permanente em saúde, desencadeados a partir da formação de facilitadores. **Rev Latino-Am. Enfermagem, São Paulo**, v. 19, n. 2, mar/abr, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n2/pt_25.pdf>. Acesso em: 17 out. 2015.

FURTER, P. A Educação Permanente na perspectiva do desenvolvimento cultural. **Educação Permanente e desenvolvimento cultural**. Petrópolis: Vozes, p. 111-159, 1974.

FRANÇA, T. et al. A capilaridade da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no Brasil. In: CONGRESSO IBEROAMERICANO EM INVESTIGAÇÃO QUALITATIVA, 5º, 2016, **Atas CIAIQ2016**. Disponível em: <
http://www.obsnetims.org.br/uploaded/15_7_2016__0_A_capilaridade_da_Politica_Nacional_de_Educacao_Permanente_em_Saude.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2015.

FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. **A produção imaginária da demanda e o processo de trabalho em saúde**. In: PINHEIRO, R. et al, org. Construção social da demanda por cuidado: revisitando o direito à saúde, o trabalho em equipe, os espaços públicos e a participação. Rio de Janeiro: CEPESC – IMS/UERJ – ABRASCO; p. 181-94, 2005.

FREIRE, P. **Educação e mudança**. 23. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979.

_____. **Educação como prática da liberdade**. 24. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2000.

_____. **Pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.

_____. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 43. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2011.

FUSARI, J.C. **A educação do educador em serviço: o treinamento de professores em questão**. Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1988.

GADOTTI, M. **A educação contra a educação: o esquecimento da educação e a educação permanente**. 5. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra. 1982.

GATTI, B.A. **Grupo focal na Pesquisa em Ciências Sociais e Humanas**. Brasília: Livro Editora, 2012.

GALAVOTE, H.S.; FRANCO, T.B.; FREITAS, P.S.S, et al. A gestão do trabalho na estratégia saúde da família: (des) potencialidades no cotidiano do trabalho em saúde. **Saúde Soc.** São Paulo, v.25, n.4, p.988-1002, 2016.

_____. **Educação e poder**: introdução à pedagogia do conflito. 10. ed. São Paulo: Cortez: Autores Associados, 1991.

_____. **Perspectivas atuais da educação**. Porto Alegre: Artes Médicas; 2000.

GIGANTE, R.L.; CAMPOS, G.W.S. Política de formação e educação permanente em saúde no Brasil: bases legais e referências teóricas. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 14 n. 3, p. 747-763, set./dez. 2016. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1981-77462016000300747&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 10 nov. 2016.

GIRADI, M. G.; CRUZ, E. M. N.; STEFANELLI, M. C. Educação continuada em enfermagem psiquiátrica: reflexão sobre conceitos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 40, n. 1, p. 106-110, 2006. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342006000100015>. Acesso em: 02 dez. 2016.

GODOY, S. et al. In service nursing education delivered by videoconference. **J Telemed Telecare**, v.10, n. 5, p.303-305, 2004. Disponível em: < <http://gepecopen.eerp.usp.br/files/artigos/artigo139fin.pdf>>. Acesso em: 13 jan. 2016.

GOMES, L.B; BARBOSA, M.G.; FERLA, A.A. **A educação permanente em saúde e as redes colaborativas: conexões para a produção de saberes e práticas**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 272 p., 2016.

GOMES, R.N.S. et al. Avaliação da estrutura física de Unidades Básicas de Saúde. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 16, n. 5, 624-30, set-out, 2015. Disponível em: < <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/viewFile/2013/pdf>>. Acesso em: 03 dez. 2016.

GONÇALVES, C.N.S. et al. Integração ensino-serviço na voz de profissionais de saúde. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, v. 8, n. 6, 1678-86, jun., 2014. Disponível em: < http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/5969/pdf_5302>. Acesso em: 24 out. 2016.

GONÇALVES, R.B.M. **Tecnologia e Organização Social das Práticas de saúde**. São Paulo: Huctec, Rio de Janeiro: Abrasco, 1994.

GROSSI, M.G.; KOBAYASHI, R.M. A construção de um ambiente virtual de aprendizagem para educação a distância: uma estratégia educativa em serviço. **Rev Esc Enferm**, São Paulo, v. 47, n. 3, p.756-60, 2013. Disponível em: <
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000300756>.
Acesso em: 26 out. 2016.

HABERMAS, J. **Teoria do agir comunicativo I: racionalidade da ação e racionalização social**. São Paulo: Martins Fontes; 2012.

HEIDEMANN, I.B.S. et al. Incorporação teórico-conceitual e metodológica do educador Paulo Freire na pesquisa. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 63, n. 3, 416-20, maio/jun, 2010. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n3/a11v63n3.pdf>>. Acesso em: 03 nov. 2016.

HEIDEMANN, I.T.S.B.; WOSNY, A.M.; BOEHS, A.E. Promoção da Saúde na Atenção Básica: estudo baseado no método de Paulo Freire. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 8, 3553-3559, 2014. Disponível em: <
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000803553>.
Acesso em: 28 nov. 2016.

HIRDES, A. A perspectiva dos profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre o apoio matricial em saúde mental. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, 371-382, 2015. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n2/1413-8123-csc-20-02-0371.pdf>>. Acesso em: 30 nov. 2016.

JORGE, M.S.B. et al. Resolubilidade do cuidado em saúde mental na Estratégia Saúde da Família: representação social de profissionais e usuários. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 48, n. 6, 1062-8, 2014. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n6/pt_0080-6234-reeusp-48-06-1062.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2016.

KATSURAYAMA, M.; PARENTE, R.C.P.; MORAES, R.D. Trabalho e sofrimento psíquico na Estratégia Saúde da Família: uma perspectiva Dejouriana. **Cad. Saúde Colet**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, 414-9, 2013. Disponível em: <
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2013000400009>.
Acesso em: 12 nov. 2016.

KERR, L.R.F.R.; KENDALL, C. A pesquisa qualitativa em saúde. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 14, n. 6, p. 1061-1063, 2013. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/3240/324029419001.pdf>>. Acesso em: 19 fev. 2016.

KNAUTH, D.R.; LEAL, A.F. A expansão das Ciências Sociais na Saúde Coletiva: usos e abusos da pesquisa qualitativa. **Interface**, Botucatu, v. 18, n. 50, 457-67, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000300457>. Acesso em: 17 nov. 2016.

LACAZ, F.A.C. et al. Estratégia Saúde da Família e Saúde do Trabalhador: um diálogo possível? **Interface**, Botucatu, v.17, n.44, p.75-87, jan./mar, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832013000100007>. Acesso em: 03 dez. 2016.

LAGUARDIA, J.; CASANOVA, A. A educação online e os desafios à qualificação profissional em saúde. **RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde**, Rio de Janeiro, v.4, n.5, p.40-52, dez, 2010. Disponível em: <<http://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/viewFile/553/1195>>. Acesso em: 07 out. 2016.

LAMPERT, E. Educação Permanente: limites e possibilidades no contexto da América e Caribe. **Revista do Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal de Santa Catarina**, v.6, n.1, p.1-13, 2005. Disponível em: <<http://www.periodicos.udesc.br/index.php/linhas/article/view/1252/1064>>. Acesso em: 02 fev. 2016.

LANCMAN, S. et al. Estudo do trabalho e do trabalhar no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n.5, 968-75, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v47n5/0034-8910-rsp-47-05-0968.pdf>>. Acesso em: 27 jan. 2016.

LANZONI, G.M.M.; MEIRELLES, B.H.S. A rede de relações e interações da equipe de saúde na Atenção Básica e implicações para a enfermagem. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v. 25, n. 3, 464-70, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000300023>. Acesso em: 25 mar. 2016.

LAZZARATO, M.; NEGRI, A. **Trabalho imaterial**: formas de vida e produção de subjetividade. Rio de Janeiro: DP&A; 2001. 112 p.

LEMOS, C.L.S. Educação Permanente em Saúde no Brasil: educação ou gerenciamento permanente? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, 913-922, 2016.

Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016000300913&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 02 dez. 2016.

LIBÂNEO, J.C. **Democratização da escola pública**. A pedagogia crítico-social dos conteúdos. São Paulo: Loyola; 1987.

LIMA, H.B. et al. Políticas Públicas de Educação Profissional em Saúde no Brasil. In: CONGRESSO IBEROAMERICANO EM INVESTIGAÇÃO QUALITATIVA, 5º, 2016, **Atas CIAIQ2016**. Disponível em: < <http://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2016/article/view/898/882>>. Acesso em: 14 abr. 2016.

LIMA, L.; PIRES, D.E.P.; FORTE, E.C.N. Satisfação e insatisfação no trabalho de profissionais de saúde da atenção básica. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, 17-24, 2014. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452014000100017>. Acesso em: 04 fev. 2016.

LINASSI, J, et al. Projeto terapêutico singular: vivenciando uma experiência de implementação. **Revista Contexto & Saúde Ijuí**, Editora Unijuí, v. 10, n. 20, jan/jun, p.425-434, 2011. Disponível em: < <https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/view/1561/1308>>. Acesso: 10 set. 2016.

LOCH-NECKEL, G. et al. Desafios para a ação interdisciplinar na atenção básica: implicações relativas à composição das equipes de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, supl. 1, p. 1463-1472, 2009. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800019> Acesso em: 15 nov. 2016.

LOPES, D.M.Q. et al. Agentes Comunitários de Saúde e as vivências de prazer – sofrimento no trabalho: estudo qualitativo. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 46, n. 3, 633-40, 2012. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000300015>. Acesso em: 04 jul. 2016.

LOPES, S.R.S.; PIOSEVAN, E.T.A.; PEREIRA, M.F. Potencialidades da educação permanente para a transformação das práticas de saúde. **Revista Com Ciências Saúde**, v. 18, n. 2, p.147-55, 2007. Disponível em: < http://www.escs.edu.br/pesquisa/revista/2007Vol18_2art06potencialidades.pdf>. Acesso em 08 out. 2015.

MACÊDO, N.B.; ALBUQUERQUE, P.C.; MEDEIROS, K.R. O desafio da implementação da educação permanente na gestão da educação na saúde. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro,

v. 12 n. 2, p. 379-401, maio/ago, 2014. Disponível em: <
<http://www.scielo.br/pdf/tes/v12n2/a10v12n2.pdf>>. Acesso em: 04 set. 2016.

MALTA, D.C.; MERHY, E.E. A micropolítica do processo de trabalho em saúde – revendo alguns conceitos. **Rev. Min. Enf.**, v.7, n.1, p. 61-66, jan./jul, 2003.

MANENTI, S.A. et al. O processo de construção do perfil de competências gerenciais para enfermeiros coordenadores de área hospitalar. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 46, n. 3, 727-33, 2012. Disponível em: <
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000300027>.
Acesso em: 20 nov. 2015.

MARIN, M.J.S. et al. A integração ensino-serviço na formação de enfermeiros e médicos: a experiência da FAMEMA. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, 967-974, 2014. Disponível em: <
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000300967>. Acesso em: 25 nov. 2016.

MARINHO, F.; PASSOS, V.M.A.; FRANÇA, E.B. Novo século, novos desafios: mudança no perfil da carga de doença no Brasil de 1990 a 2010. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 25, n. 4, p. 713-724, out-dez, 2016. Disponível em: <
<http://www.scielo.br/pdf/ress/v25n4/2237-9622-ress-25-04-00713.pdf>>. Acesso em: 29 nov. 2016.

MARTINS-MELO, F.R.; JÚNIOR-RAMOS, A.N.; HEUKELBACHL, J. Mortalidade relacionada às doenças tropicais negligenciadas no Brasil, 2000-2011: magnitude, padrões espaço-temporais e fatores associados. **Rev Med UFC**, v. 56, n. 1, p. 79-80, 2016. Disponível em: <
<http://www.revistademedicina.ufc.br/ojs/index.php/revistademedicinaufc/article/view/118/75>>. Acesso em: 07 out. 2016.

MARX, K. **O capital**. São Paulo: Difel, 1975. Livro I, v. 1.

MATOS, E.; PIRES, D.E.P.; CAMPOS, G.W.S. Relações de trabalho em equipes interdisciplinares: contribuições para a constituição de novas formas de organização do trabalho em saúde. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 62, n. 6, p. 863-9, nov/dez, 2009.

MEDRADO, J.R.S.; CASANOVA, A.O.; OLIVEIRA, C.C.M. Estudo avaliativo do processo de trabalho das Equipes de Atenção Básica a partir do PMAQ-AB. **SAÚDE DEBATE**, v. 39, n. 107, p. 1033-1043, out-dez, 2015. Disponível em: <
<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n107/0103-1104-sdeb-39-107-01033.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2016.

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, 2297-2305, 2010. Disponível em: <
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500005>.
Acesso em: 13 fev. 2016.

_____. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.: il.

MENDES-GONÇALVES, R. B. **Práticas de saúde**: processo de trabalho e necessidades. São Paulo: CEFOR, 1992. (Cadernos CEFOR. Textos, 1).

MERCES, M.C. et al. Síndrome de *Burnout* em trabalhadores de enfermagem da Atenção Básica à saúde. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 30, n. 3, p. 1-9, jul./set, 2016. Disponível em: <
https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/viewFile/15645/pdf_64>. Acesso em: 20 nov. 2016.

MERHY, E.E.; CECÍLIO, L.C.O.; NOGUEIRA FILHO, R.C. Por um modelo tecnoassistencial da política de saúde em defesa da vida: contribuição para as conferências de saúde. **Saúde em Debate**, n.33, p.83-9, 1991.

MERHY, E. E. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. In: MERHY, E. E. et al. (Org.). **O trabalho em saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, p. 15-35, 2004a.

_____. **O ato de cuidar**: a alma dos serviços de saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Ver – SUS Brasil: cadernos de textos. Brasília, DF, 2004b. p. 108-137. (Série B - Textos Básicos de Saúde).

_____. **Em busca do tempo perdido**: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: ONOKO, R.; MERHY, E. E. (Orgs.). Agir em saúde: um desafio para o público. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2007. p. 71-112.

_____. **Saúde**: cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

MICCAS, F.L.; BATISTA, S.H.S.S. Educação permanente em saúde: metassíntese. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 1, 170-185, 2014. Disponível em: <
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102014000100170>.
Acesso em: 09 jun. 2015.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**. Pesquisa Qualitativa em Saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec; 2014.

MIRANDA, K.C.L.; BARROSO, M.G.T. A contribuição de Paulo Freire à prática e educação crítica em Enfermagem. **Rev Latino-Am Enfermagem**, São Paulo, v. 12, n. 4, 631-5, 2004. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692004000400008>. Acesso em: 14 nov. 2016.

MISHIMA, S.M.al. Perspectiva dos gestores de uma região do estado de São Paulo sobre educação permanente em saúde. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 49, n. 4, 665-673, 2015. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n4/pt_0080-6234-reeusp-49-04-0665.pdf>. Acesso em: 18 fev. 2016.

MORAES, A.C.; OLIVEIRA, R.M.M.A. A experiência de formação em serviço em escolas de um município do interior paulista. **Rev. educ. PUC-Camp**, Campinas, 19(1):35-46, jan./abr., 2014. Disponível em: < <http://periodicos.puc-campinas.edu.br/seer/index.php/reeducacao/article/view/2613/1891>>. Acesso em: 19 set. 2016.

MORAES, K.G.; DYTZ, J.L.G. Política de Educação Permanente em Saúde: análise de sua implementação. **ABCS Health Sci**, v. 40, n. 3, p. 263-269, 2015. Disponível em: < <http://files.bvs.br/upload/S/2318-4965/2016/v40n3/a5357.pdf>>. Acesso em: 24 set. 2016.

MORAIS, A.P.P.; TANAKA, O.Y. Apoio Matricial em Saúde Mental: alcances e limites na atenção básica. **Saúde Soc**, São Paulo, v.21, n.1, p.161-170, 2012. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902012000100016>. Acesso em: 03 dez. 2016.

MOREIRA, J.; SANTOS, H.R. A Educação Permanente em Saúde e sua relação com o empoderamento: reflexões a partir das agentes comunitárias de saúde. **Revista Teias**, Rio de Janeiro, v.14 n. 34, p. 163-190, 2013. Disponível em: < <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistateias/article/view/24354/17332>>. Acesso em: 10 jan. 2016.

MORO, J. S. et al. Concepção ampliada de atenção em saúde: desafios à prática interdisciplinar. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, ano 11, n. 36, abr/jun, 2013.

MOTA, C.M.; DOSEA, G.S.; NUNES, P.S. Avaliação da presença da Síndrome de Burnout em Agentes Comunitários de Saúde no município de Aracaju, Sergipe, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 12, p. 4719-4726, 2014. Disponível em: <

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014001204719>.
Acesso em: 14 nov. 2016.

MOTTA, L.C.S.; SIQUEIRA-BATISTA, R. Estratégia Saúde da Família: Clínica e Crítica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.39, n.2, p.196-207, 2015. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v39n2/1981-5271-rbem-39-2-0196.pdf>>. Acesso em: 12 nov. 2016.

MOURA, B.L.A. et al. Atenção primária à saúde: estrutura das unidades como componente da atenção à saúde. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant**, Recife, v. 10, supl. 1, S69-S81, nov, 2010. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292010000500007>. Acesso em: 17 nov. 2016.

NORMAN, A.H.; TESSER, C.D. Acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família: equilíbrio entre demanda espontânea e prevenção/promoção da saúde. **Saúde Soc**, São Paulo, v.24, n.1, p.165-179, 2015. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24n1/0104-1290-sausoc-24-1-0165.pdf>>. Acesso em: 21 nov. 2016.

NORONHA, M.G.R.C.S.; LIMA-FILHO, D.L.L. O agir em Saúde da Família: as condições existentes e necessárias para a interação e a troca de conhecimentos na prática profissional. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, 1745-1754, 2011. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232011000300011&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 14 set. 2016.

NOVAES, M.A.; MACHIAVELLI, J.L.; VERDE, F.C.V. Tele-educação para educação continuada das equipes de saúde da família em saúde mental: a experiência de Pernambuco, Brasil. **Interface**, Botucatu, v.16, n.43, p.1095-106, out./dez. 2012. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832012000400018>. Acesso em: 09 set. 2016.

OLIVEIRA, L.C. et al. Participação popular nas ações de educação em saúde: desafios para os profissionais da atenção primária. **Interface**, Botucatu, v. 18, supl. 2, 1389-1400, 2014. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000601389>. Acesso em: 19 fev. 2016.

OLIVEIRA, L.S.S. As doenças negligenciadas e nós. **Saúde Coletiva**, v. 6, n. 8, p. 40-41, mar, 2009.

OLIVEIRA, M.A.C; PEREIRA, I.C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 66, p.158-164, 2013. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66nspe/v66nspea20.pdf>>. Acesso em: 25 set. 2016.

OLIVEIRA, M.M.; CAMPOS, G.W.S. Apoios matricial e institucional: analisando suas construções. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 229-238, 2015. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n1/pt_1413-8123-csc-20-01-00229.pdf>. Acesso em: 03 dez. 2016.

ORTIZ, M. C. L.; RIBEIRO, R. P.; GARANHANI, M. L. Educação à distância: uma ferramenta para educação permanente de enfermeiros que trabalham com assistência perioperatória. **Cogitare Enferm.** Curitiba, v. 13, n. 4, p. 558-65, 2008. Disponível em: < <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/download/13116/8874>>. Acesso em: 13 set. 2016.

PAGANI, R.; ANDRADE, L.O.M. Preceptoria de Território, Novas Práticas e Saberes na Estratégia de Educação Permanente em Saúde da Família: o estudo do caso de Sobral, CE. **Saúde Soc**, São Paulo, v.21, supl.1, p.94-106, 2012. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902012000500008>. Acesso em: 14 ago. 2016.

PAIM, J.S. **Vigilância a Saúde**: dos modelos assistenciais para a promoção da saúde. In: Czeresnia D, Freitas CM, orgs. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p.161-71.

PAIM, M.C.; ALVES, V.S.; RAMOS, A.S. Projeto EAD SUS/BA: incorporação do ensino a distância aos processos de educação permanente para profissionais do Sistema Único de Saúde do Estado da Bahia. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v.33, n.1, p.104-112, jan/mar, 2009. Disponível em: < http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewFile/194/pdf_11>. Acesso em: 21 mai. 2016.

PASCHOAL, A.S.; MANTOVANI, M.F.; MÉIER, M.J. Percepção da educação permanente, continuada e em serviço para enfermeiros de um hospital de ensino. **Rev Esc Enferm USP, São Paulo**, v. 41, n. 3, p. 478-484, 2007. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342007000300019>. Acesso em: 15 jun. 2016.

PAULINO, V.C.P. et al. Ações de educação permanente no contexto da Estratégia Saúde da Família. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 312-316, jul/set 2012. Disponível em: < <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/687/2885>>. Acesso em: 10 jun. 2016.

PEDUZZI, M. **Trabalho em equipe de saúde da perspectiva de gerentes de serviços de saúde: possibilidades da prática comunicativa orientada pelas necessidades de saúde dos usuários e da população**. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2007.

_____. Trabalho e educação na saúde: ampliação da abordagem de recursos humanos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1535 – 1543, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000600005>. Acesso em: 12 set. 2016.

_____. Trabalho em equipe. In: LIMA, J.C.F.; PEREIRA, I.B. (Orgs.). **Dicionário de educação profissional em saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009. p.419-26.

_____. Trabalho em equipe na perspectiva da gerência de serviços de saúde: instrumentos para a construção da prática interprofissional. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 629-646, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312011000200015&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 21 jul. 2016.

PEREIRA, A.M.T.B. **Burnout**: Quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador. São Paulo: Casa do psicólogo; 2008.

PEREIRA, F.M.; BARBOSA, V.B.A.; VERNASQUE, J.R.S. A experiência da Educação Permanente como estratégia de gestão com os auxiliares de enfermagem. **Rev Min Enferm**, v. 18, n. 1, p. 228-235, jan/mar, 2014. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/921>>. Acesso em: 10 fev. 2016.

PEREIRA, I.D.F.; LAGES, I. Diretrizes curriculares para a formação de profissionais de saúde: competências ou práxis? **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 11 n. 2, p. 319-338, maio/ago, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462013000200004>. Acesso em: 01 dez. 2016.

PEREIRA-JÚNIOR, N.; CAMPOS, G.W.S. O apoio institucional no Sistema Único de Saúde (SUS): os dilemas da integração interfederativa e da cogestão. **Interface**, Botucatu, v. 18, supl. 1, p. 895-908, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000500895>. Acesso em: 01 dez. 2016.

PEREIRA, W.S.B.; GASDAZ E.E.; SÁ, A.C. Olhar ético-político sobre o processo de trabalho em saúde ante os desafios da modernidade: reflexões e contribuições. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, v.8, n.9, p. 3197-205, set, 2014. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/6357/pdf_6157>. Acesso em: 02 abr. 2017.

PEREIRA, L.A.; SENA, R.R. Cursos realizados pelo Canal Minas Saúde: percepções dos profissionais que atuam na atenção primária. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 37, n.2, e56984, 2016.

Disponível em: <

<http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/56984>>. Acesso em: 06 set. 2016.

PEREIRA, R.C.A.; RIVERA, F.J.U.; ARTMANN, E. O trabalho multiprofissional na estratégia saúde da família: estudo sobre modalidades de equipes. **Interface**, Botucatu, v.17, n.45, p.327-40, abr./jun, 2013. Disponível em: <
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832013000200007>.
Acesso em: 06 set. 2016.

PINTO, A.G.A. et al. Apoio matricial como dispositivo do cuidado em saúde mental na atenção primária: olhares múltiplos e dispositivos para resolubilidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 653-660, 2012. Disponível em: <
<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n3/v17n3a11>>. Acesso em: 01 dez. 2016.

PINTO, D.M. et al. Projeto terapêutico singular na produção do cuidado integral: uma construção coletiva. **Rev Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 20, n. 3, p. 493-302, jul/set, 2011. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n3/10.pdf>>. Acesso em: 14 nov. 2015.

PINTO, H.A. et al. Atenção Básica e Educação Permanente em Saúde: cenário apontado pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). **Rev Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, v.51, p. 145-160, 2014. Disponível em: < <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/12/Divulgacao-51.pdf>>. Acesso em: 17 out. 2016.

PORTELA, L.R.; DIAS, M.S.A.; VASCONCELOS, M.I.O. Programa Nacional da Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: análise da Autoavaliação em Sobral, Ceará. **SANARE**, Sobral, v. 12, n. 1, p. 40-45, jan./jun, 2013. Disponível em: <
<https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/viewFile/327/261>>. Acesso em: 17 out. 2016.

PRADO, E.V.; SALES, C.; NOMIYAMA, S. Eu vivi, ninguém me contou: Educação Popular em estratégia Saúde da Família na beira do Pantanal, Mato Grosso do Sul, Brasil. **Interface**, Botucatu, v. 18, supl. 2, p. 1441-1452, 2014. Disponível em: <
<http://www.scielo.br/pdf/icse/v18s2/1807-5762-icse-18-s2-1441.pdf>>. Acesso em: 13 set. 2016.

PRADO, M.L.; VELHO, M.B.; ESPÍNDOLA, D.S. Arco de Charles Maguerez: refletindo estratégias de metodologia ativa na formação de profissionais de saúde. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, mar, 2012. Disponível em: <
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452012000100023>.
Acesso em: 01 dez. 2016.

RANGEL-S, M.L. et al. Redes de aprendizagem colaborativa: contribuição da Educação a Distância no processo de qualificação de gestores do Sistema Único de Saúde – SUS. **Interface**, Botucatu, v. 16, n. 41, p. 545-55, abr./jun, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832012000200019&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 23 mar. 2016.

REIS, M.A.S. et al. A organização do processo de trabalho em uma unidade de saúde da família: desafios para a mudança das práticas. **Interface**, Botucatu, v. 11, n. 23, p. 655-66, set/dez, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832007000300022>. Acesso em: 10 fev. 2016.

REIS, M.A.S.; FORTUNA, C.M.; OLIVEIRA, C.T, et al. A organização do processo de trabalho em uma unidade de saúde da família: desafios para a mudança das práticas. **Interface**, Botucatu, v.11, n.23, p.655-66, set/dez, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832007000300022>. Acesso em: 02 abr. 2017.

REIS, M.L. et al. Avaliação do trabalho multiprofissional do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). **Texto Contexto Enferm**, v. 25, n. 1, e2810014, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n1/pt_0104-0707-tce-25-01-2810014.pdf>. Acesso em: 02 dez. 2016.

RIBEIRO, E.C. O.; MOTTA, J. I. J. Educação permanente como estratégia na reorganização dos serviços de saúde. **Divulgação em Saúde para Debate**, Londrina, v. 12, p. 39-44, 1996.

RIBEIRO, R.C.; MAGALHÃES, A.M. Política de responsabilidade social na universidade: conceitos e desafios. **Educação, Sociedade & Culturas**, n. 42, p. 133-156, 2014. Disponível em: <http://www.fpce.up.pt/ciie/sites/default/files/ESC42_10RaimundaRibeiro.pdf>. Acesso em: 02 dez. 2016.

ROCHA, A.C.D. et al. Atenção básica à saúde: avaliação de estrutura e processo. **RAS**, v. 14, n. 54, abr/jun, 2012.

ROCHA, N.H.M.; BEVILACQUA, P.D.; BARLETTO, M. Metodologias participativas e educação permanente na formação de agentes comunitários/as de saúde. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 13 n. 3, p. 597-615, set./dez, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1981-77462015000300597&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 24 nov. 2016.

ROSA, A.J.; BONFANTI, A.L.; CARVALHO, C.S. O sofrimento psíquico de Agentes Comunitários de Saúde e suas relações com o trabalho. **Saúde Soc**, São Paulo, v. 21, n. 1,

p.141-152, 2012. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v21n1/14.pdf>>. Acesso em: 26 nov. 2016.

SALCI, M.A. et al. Educação em saúde e suas perspectivas teóricas: algumas reflexões. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 224-30, jan/mar, 2013. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/pt_27>. Acesso em: 07 jul. 2016.

SALUM, N.C.; PRADO, M.L. A educação permanente no desenvolvimento de competências dos profissionais de enfermagem. **Rev Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 23, n. 2, p. 301-8, abr/jun, 2014. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n2/pt_0104-0707-tce-23-02-00301.pdf>. Acesso em: 16 set. 2016.

SANTANA, J.S. et al. Núcleo de apoio a saúde da família: atuação da equipe junto à estratégia saúde da família. **J. res.: fundam. care. online**, v. 7, n. 2, p. 2362-2371, abr/jun, 2015. Disponível em: < www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/download/.../pdf_1547>. Acesso em: 15 out. 2016.

SANTOS, A.F. et al. Uma visão panorâmica das ações de Telessaúde na América Latina. **Rev Panam Salud Publica**, v. 35, n. 5, 2014. Disponível em: < http://www.paho.org/journal/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=pdfs-may-june-2014&alias=759-uma-visao-panoramica-das-acoes-de-telessaude-na-america-latina&Itemid=847&lang=en>. Acesso em: 24 nov. 2016.

SANTOS, A.M.S. et al. Desafios à gestão do trabalho e educação permanente em saúde para a produção do cuidado na Estratégia Saúde da Família. **Rev. APS**, v. 18, n. 1, p. 39-49, jan/mar, 2015. Disponível em: < <https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/2320/857>>. Acesso em: 13 jan. 2016.

SANTOS, A.R.; COUTINHO, M.L. Educação permanente em saúde: construções de enfermeiros da estratégia saúde da família. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 38, n. 3, p.708-724, jul./set, 2014. Disponível em: < http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewFile/695/pdf_586>. Acesso em: 10 set. 2016.

SANTOS, D.S. **Potencial criador e transformador do trabalho em saúde para (re) configuração de modelos de atenção**. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Ribeirão Preto, 2014.

SANTOS, D.S; MISHIMA, S.M.; MERHY, E.E. Processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: potencialidades da subjetividade do cuidado para reconfiguração do modelo de atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, no prelo, 2016. Disponível em: <

http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/artigo_int.php?id_artigo=15704>. Acesso em: 06 dez. 2016.

SANTOS, R.C.A.; MIRANDA, F.A.N. Articulação ensino-serviço na perspectiva dos profissionais de Saúde da Família. **Rev. APS**, v. 19, n. 1, p. 7-13, jan/mar, 2016. Disponível em: < <https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/2451/931>>. Acesso em: 01 dez. 2016.

SARRETA, FO. **Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS** [online]. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 248p, 2009. Disponível em: < http://www.cairu.br/portal/arquivos/biblioteca/EBOOKS/SS/Ed_permanente_em_saude_trab_SUS.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2016.

SARTI, T.D. et al. Avaliação das ações de planejamento em saúde empreendidas por equipes de saúde da família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 537-548, mar, 2012. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n3/14.pdf>>. Acesso em: 12 nov. 2016.

SCHERER, M.D.A.; PIRES, D.E.P.; JEAN, R. A construção da interdisciplinaridade no trabalho da Equipe de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 11, p. 3203-3212, 2013. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013001100011>. Acesso em: 04 jul. 2016.

SCHRAIBER, L. B. et al. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 221-42, 1999. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81231999000200002>. Acesso em: 08 jun. 2016.

SCHWARTZ, B. *Conseil de l'Europe*, 1969. In: Moacir Gadotti, Moacir, L'Éducation Contre l'Éducation: l'Oubli de l'Éducation ou Travers de l'Éducation Permanente. Genève. Faculté de Psychologie et des Sciences de l'Éducation, 1977, Anexo da Tese de Doutorado.

SESAU. Secretaria de Estado da Saúde de Alagoas. **Saúde Alagoas Análise da Situação de Saúde 2014**: 1ª Região. Maceió-AL, 2014.

_____. **Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde do Estado de Alagoas 2016-2019**. 2015a.

_____. **Plano da I Macrorregional de Educação Permanente em Saúde do Estado de Alagoas 2016-2019**. 2015b.

_____. **Relatório Técnico do Fórum de Avaliação da Política Estadual de Educação Permanente em Saúde**. 2016.

SHIMIZU, H.E; CARVALHO-JUNIOR, D.A. O processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família e suas repercussões no processo saúde-doença. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 9, p. 2405-2414, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000900021>. Acesso em: 12 nov. 2016.

SILVA, A.N. et al. Limites e possibilidades do ensino à distância (EaD) na educação permanente em saúde: revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 4, p. 1099-1107, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v20n4/1413-8123-csc-20-04-01099.pdf>>. Acesso em: 01 dez. 2016.

SILVA, C.T. et al. Educação Permanente em Saúde: percepção de profissionais de uma residência multidisciplinar. **Rev Enferm UFSM**, v. 3, esp, 627-635, 2013. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/11067>>. Acesso em: 02 dez. 2016.

SILVA, L.A.; CASOTTI, C.A.; CHAVES, S.C.L. A produção científica brasileira sobre a Estratégia Saúde da Família e a mudança no modelo de atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 1, p. 221-232, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000100023>. Acesso em: 20 nov. 2016.

SILVA, L.A.A.; BONACINA, D. Desafios na construção de um projeto de educação permanente em saúde. **Rev Enferm UFSM**, v. 2, n.3, p. 496-506, set/dez, 2012. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/5364>>. Acesso em: 01 abr. 2016.

SILVA, L.A.A.; LEITE, M.T.; PINNO, C. Contribuições das Comissões de Integração Ensino-Serviço na Educação Permanente em Saúde. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 12 n. 2, p. 403-424, maio/ago, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462014000200011>. Acesso em: 24 nov. 2016.

SILVA, L.A.A. et al. Avaliação da educação permanente no processo de trabalho em saúde. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 14 n. 3, p. 765-781, set./dez, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462016000300765>. Acesso em: 12 out. 2016.

SILVA, J.A.M.; PEDUZZI, M. Educação no Trabalho na Atenção Primária à Saúde: interfaces entre a educação permanente em saúde e o agir comunicativo. **Saúde Soc**, São Paulo, v. 20, n. 4, p.1018-1032, 2011. Disponível em: <

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400018>.
Acesso em: 10 nov. 2015.

SILVA, J.A.M.; PEDUZZI, M.; ORCHARD, C. Educação interprofissional e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 49, esp 2, 16-24, 2015. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49nspe2/1980-220X-reeusp-49-spe2-0016.pdf>>. Acesso em: 03 nov. 2016.

SILVA, J.F. **A Educação Permanente em Saúde como espaço de produção de saberes na Estratégia de Saúde da Família**. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2015.

SILVA, J.M.; CALDEIRA, A.P. Avaliação para melhoria da qualidade da Estratégia Saúde da Família e a qualificação profissional. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9 n. 1, p. 95-108, mar./jun, 2011. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462011000100007>.
Acesso em: 12 set. 2016.

SILVA, S.C.P.S. et al. A síndrome de *Burnout* em profissionais da Rede de Atenção Primária à Saúde de Aracaju, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 10, p. 3011-3020, 2015. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n10/1413-8123-csc-20-10-3011.pdf>>.
Acesso em: 27 nov. 2016.

SILVA, S.F. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 6, p. 2753-2762, 2011. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n6/14.pdf>>. Acesso em: 01 dez. 2016.

SIMON, E. et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem e educação popular: encontros e desencontros no contexto da formação dos profissionais de saúde. **Interface**, Botucatu, v. 18, n. 2, p. 1355-1364, 2014. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000601355>.
Acesso em: 24 nov. 2016.

SOUZA, A.I. **Paulo Freire: Vida e obra**. São Paulo: Expressão Popular; 2001.

SOUZA, M.S.T.; BRANDÃO, I.R.; PARENTE, J.F.R. A percepção dos enfermeiros sobre educação permanente em saúde no contexto da estratégia saúde da família de Sobral (CE). **Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia**, v. 3, n. 1, 2015. Disponível em: < <http://interfaces.leaosampaio.edu.br/index.php/revista-interfaces/article/view/260/155>>.
Acesso em: 10 nov. 2016.

SOUZA, L.P.; LIMA, M.G. Educação continuada em unidade de terapia intensiva: revisão da literatura. **J. Health Biol Sci**, v. 3, n. 1, 39-45, 2015. Disponível em: <<http://periodicos.unichristus.edu.br/index.php/jhbs/article/view/137>>. Acesso em: 11 jun. 2016.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.

_____. Reinventing primary care: lessons from Canada for the United States. **Health Aff (Millwood)**, v. 29, n. 5, p. 1030-6, 2010.

STARFIELD, B.; SHI, L.; MACINKO, J. Contribution of primary care to health systems and health. **Milbank Q**, New York, v. 83, p. 457-502, 2005.

STROSCHEIN, K.A.; ZOCHE, D.A.A. Educação permanente nos serviços de saúde: um estudo sobre as experiências realizadas no Brasil. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9 n. 3, p. 505-519, nov.2011/fev.2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462011000300009>. Acesso em: 12 nov. 2016.

SUMAR, N.; FAUSTO, M.C.R. Atenção Primária à Saúde: a construção de um conceito ampliado. **J Manag Prim Health Care**, v. 5, n. 2, p. 202-212, 2014. Disponível em: <<http://www.jmphc.com.br/saude-publica/index.php/jmphc/article/view/217/220>>. Acesso em: 25 nov. 2016.

TARGINO, T.H.S.J. et al. Cuidar de si para cuidar do outro: reflexões de profissionais de enfermagem acerca do autocuidado. **J. res.: fundam. care. online**, v. 5, n. 4, p. 440-48, ou/dez, 2013. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2275/pdf_902>. Acesso em: 02 dez. 2016.

TARTUCE, G.L.B.P. **O que há de novo no debate da qualificação do trabalho?** Reflexões sobre o conceito com base nas obras de Georges Friedmann e Pierre Naville. Dissertação (Mestrado). São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2002.

TEIXEIRA, C.F. A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. **Saúde em Debate**, v. 27, n. 65, p. 257-7, 2003. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/f7/pdf/teixeira-9788523209209-03.pdf>>. Acesso em: 14 nov. 2016.

TEIXEIRA, C.F.; VILASBÔAS, A.L.Q. **Modelos de Atenção à Saúde no SUS: Transformação, Mudança ou Conservação?** In: PAIM, J.S.; ALMEIDA-FILHO, N. Saúde coletiva: teoria e prática. 1.ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2014.

TEIXEIRA, M.B. et al. Avaliação das práticas de promoção da saúde: um olhar das equipes participantes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. esp, p. 52-68, out. 2014. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0052.pdf>>. Acesso em: 19 nov. 2016.

TESSER, C.D. et al. Estratégia saúde da família e análise da realidade social: subsídios para políticas de promoção da saúde e educação permanente. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, p. 4295-4306, 2011. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n11/a02v16n11.pdf>>. Acesso em: 08 mar. 2016.

TRINDADE, L.L. et al. Trabalho na Estratégia da Saúde da Família: implicações nas cargas de trabalho de seus profissionais. **Cogitare Enferm**, v. 19, n. 3, p. 528-35, jul/set, 2014. Disponível em: < <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/35492/23238>>. Acesso em: 01 dez. 2016.

UNESCO. **A educação: um tesouro a descobrir**. Porto: Edições ASA, 1996.

VÀZQUEZ, A.S. **Filosofia da práxis**. Rio de Janeiro (RJ): Paz e Terra, 1977.

VENDRUSCOLO, C. et al. Concepção de coordenadores da Atenção Básica sobre EPS: aproximações e distanciamentos com pressupostos freirianos. **Revista Inova Saúde**, Criciúma, v. 4, n. 1, jul, 2015.

VIANA, D.M. et al. A Educação Permanente em Saúde na perspectiva do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família. **R. Enferm. Cent. O. Min**, v. 5, n. 2, p. 1658-1668, mai/ago, 2015.

VIEIRA, A.G.R. Educação Permanente: re (vendo) conceitos. **Revista Educação, Cultura e Sociedade**, v.3, n.2, p. 179-193, 2013. Disponível em: < sinop.unemat.br/projetos/revista/index.php/educacao/article/download/1239/881>. Acesso em: 13 set. 2016.

VIEIRA, M.; CHINELLI, F. Relação contemporânea entre trabalho, qualificação e reconhecimento: repercussões sobre os trabalhadores técnicos do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1591-1600, 2013. Disponível em: <

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000600011>.
Acesso em: 15 nov. 2016.

VIEIRA, M.N.C.M.; PANÚNCIO-PINTO, M.P. A Metodologia da Problematização (MP) como estratégia de integração ensino-serviço em cursos de graduação na área de saúde. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 48, n. 3, p. 241-8, 2015. Disponível em: < <http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/104310>>. Acesso em: 10 set. 2016.

VILLA, E.A. et al. As relações de poder no trabalho da Estratégia Saúde da Família. **Saúde Debate**, v. 39, n.107, p. 1044-1052, 2015. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n107/0103-1104-sdeb-39-107-01044.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2016.

XAVIER, L.N. et al. Analisando as metodologias ativas na formação dos profissionais de saúde: uma revisão integrativa. **SANARE**, Sobral, v. 13, n. 1, p. 76-83, jan./jun, 2014. Disponível em: < <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/436>>. Acesso em: 11 out. 2016.

WERTHEIN, J; CUNHA, C. **Fundamentos da nova educação**. Brasília: UNESCO, 2000. 84p.

APÊNDICE A: FICHA DE CARACTERIZAÇÃO DOS TRABALHADORES

FICHA DE CARACTERIZAÇÃO DOS TRABALHADORES CONCEPÇÕES E PRÁTICAS RELACIONADAS À EPS DE EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Pesquisadora responsável: Emilly Souza Marques (emillybio@hotmail.com)

DATA DE NASCIMENTO	____/____/____
SEXO	() FEM () MASC
ESCOLARIDADE/FORMAÇÃO	
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO (SE POSSUIR)	
FUNÇÃO QUE EXERCE NA UBS	
TEMPO NO SERVIÇO	
RENDIMENTO BRUTO MENSAL (NESTE SERVIÇO)	
ÚLTIMA PARTICIPAÇÃO EM CURSOS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE	

CIRCULE A PONTUAÇÃO QUE CONSIDERA PARA CADA TÓPICO APRESENTADO DE ACORDO COM A ESCALA ABAIXO (AMAQ, 2016):

Muito insatisfatório _____ Muito satisfatório
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Os profissionais da equipe de nível superior e médio possuem formação complementar que os qualifica para o trabalho na atenção básica.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe participa de cursos de atualização e qualificação, aplicando os conhecimentos aprimorados na melhoria do trabalho e da qualificação da atenção básica.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe utiliza dispositivos de educação e apoio matricial à distância para a qualificação do cuidado prestado aos usuários.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Fonte: AMAQ – AB, 2016.

**ANEXO A: AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE PARA
REALIZAÇÃO DA PESQUISA**



**ESTADO DE ALAGOAS
PREFEITURA MUNICIPAL DE MACEIÓ
GABINETE DA SECRETARIA DE SAÚDE**

AUTORIZAÇÃO MOTIVADA

PROCESSO Nº	05800.15690/2016 MINUTA 13
INTERESSADO	UFAL
ASSUNTO	SOLICITA PESQUISA COMO SEGUE EM ANEXO DA ENFERMEIRA EMILLY SOUZA MARQUES

Gabinete do Secretário Municipal de Saúde em 16/03/2016

- Autoriza-se Emily Souza Marques da Universidade Federal de Alagoas a pesquisa intitulada: “Concepções, práticas e desafios relacionados à educação permanente em saúde de equipes de saúde da família”.
- A pesquisa será realizada em cinco Unidades de saúde da Família. Trata-se de um estudo descritivo que será desenvolvido através da abordagem qualitativa.
- A referida pesquisa contará com o acompanhamento das respectivas Coordenações desta Secretaria envolvida. Tendo a pesquisadora que apresentar os resultados e discussões obtidas ao término do trabalho.

JOSÉ THOMAZ DA SILVA NONÔ NETTO
Secretário Municipal de Saúde

ANEXO B: CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

Campus A. C. Simões – Av. Lourival Melo Mota, S/N

Cep: 57072-970, Cidade Universitária – Maceió-AL

comitedeeticaufal@gmail.com - Tel: 3214-1041



CARTA DE APROVAÇÃO

Maceió-AL, 14/12/2016

Senhor(a) Pesquisador(a), Débora de Souza Santos
Emilly Souza Marques

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), em Reunião Plenária de 28/04/2016 e com base no parecer emitido pelo(a) relator(a) do processo CAAE nº 54930716.8.1001.5013, sob o título Concepções, práticas e desafios relacionados à Educação Permanente em Saúde de equipes de saúde da família, comunicar a **APROVAÇÃO** do processo acima citado, com base no artigo X, parágrafo X.2, alínea 5.a, da Resolução CNS nº 466/12.

O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS 466/12, item V.3).

É papel do(a) pesquisador(a) assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e sua justificativa. Em caso de projeto do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o (a) pesquisador (a) ou patrocinador(a) deve enviá-los à mesma junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem incluídas ao protocolo inicial (Res. 251/97, item IV. 2.e).

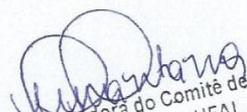
Relatórios parciais e finais devem ser apresentados ao CEP, de acordo com os prazos estabelecidos no Cronograma do Protocolo e na Resolução CNS 466/12.

Na eventualidade de esclarecimentos adicionais, este Comitê coloca-se a disposição dos interessados para o acompanhamento da pesquisa em seus dilemas éticos e exigências contidas nas Resoluções supra-referidas.

Esta aprovação não é válida para subprojetos oriundos do protocolo de pesquisa acima referido.

(*) Áreas temáticas especiais

Válido até: SETEMBRO de 2017.


Coordenadora do Comitê de
Ética em Pesquisa -UFAL

ANEXO C: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

“O respeito devido à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe após o consentimento livre e esclarecido dos sujeitos, indivíduos ou grupos que por si e/ou por seus representantes legais manifestem a sua anuência à participação na pesquisa”

Eu,....., tendo sido convidado (a) a participar como voluntário (a) do estudo “As percepções, práticas e desafios relacionados à Educação Permanente em Saúde de equipes de saúde da família”, que será realizado em unidades básicas de saúde de Maceió, recebi da Sra. enfermeira Emilly Souza Marques, orientada pela professora Doutora e enfermeira Débora de Souza Santos, da Universidade Federal de Alagoas, responsáveis por sua execução, as seguintes informações que me fizeram entender sem dificuldades e sem dúvidas os seguintes aspectos:

- Que o estudo se destina a analisar as concepções, práticas e desafios relacionados à Educação Permanente em Saúde de equipes de Saúde da Família de Maceió, Alagoas. Isso quer dizer que o estudo vai procurar identificar como os trabalhadores entendem a educação permanente e quais as práticas que a vinculam;
- Que a importância deste estudo é que ele pode contribuir para o desenvolvimento e/ou aprimoramento de dispositivos que viabilizem processos de Educação Permanente promotores de mudanças positivas, no âmbito da Estratégia de Saúde da Família;
- Que os resultados que se desejam alcançar é disparar a ampliação da capacidade reflexiva pelos trabalhadores, de forma a contribuir para qualificação das práticas de saúde na Atenção Básica, tendo em vista o fortalecimento do SUS em Maceió;
- Que este estudo começará em fevereiro de 2016 e terminará em fevereiro de 2017;
- Que eu participarei do estudo da seguinte maneira: primeiramente serei esclarecido de todas as etapas e proposta da pesquisa e assim concordando assinarei esse instrumento (TCLE) em suas vias, uma que ficará comigo e a outra com a pesquisadora. Responderei uma ficha de caracterização e logo após participarei de grupos focais (entrevistas coletivas) junto à equipe de saúde da unidade básica, em que poderei expor minha opinião sobre o melhor local para seu acontecimento. Esses grupos contarão com a presença do coordenador (pesquisador) e de um observador (auxiliar de pesquisa) que realizará os registros pertinentes. Nesses momentos as entrevistas serão registradas em áudio, com auxílio de um gravador de voz, não havendo risco de qualquer instituição/pessoa me identificar;
- Que os possíveis riscos e incômodos à minha saúde física e mental são irritar-me, cansar-me ou sentir inibição/desconforto diante do observador e da equipe de saúde;
- Que as pesquisadoras adotarão as seguintes medidas para minimizar os riscos: explicar todos os procedimentos que serão realizados e pactuar horário, duração do grupo focal e número de participantes. Além disso, a equipe de saúde poderá solicitar a

interrupção da entrevista, garantindo-lhe a possibilidade de realizar em outro momento, caso queira. Em todos os momentos será considerada a vontade dos participantes, sempre assegurando sua espontaneidade, autonomia e liberdade de expressão;

- Que o benefício que deverei esperar com a minha participação, mesmo que não diretamente são: possibilidade de refletir sobre as ações que desenvolvo como trabalhador da saúde; possibilidade de ter o meu processo de trabalho qualificado; possibilidade de mudanças no SUS em Maceió.
- Que, sempre que desejar, serão fornecidos esclarecimentos sobre cada uma das etapas do estudo;
- Que, a qualquer momento, eu poderei recusar a continuar participando do estudo e, também, que eu poderei retirar este meu consentimento, sem que isso me traga qualquer penalidade ou prejuízo;
- Que as informações conseguidas através de minha participação não permitirão a identificação da minha pessoa, exceto aos responsáveis pelo estudo, e que a divulgação das mencionadas informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto através de revistas científicas e congressos. As fotos somente aparecerão nos relatórios da pesquisa e quando o trabalho for apresentado em congressos científicos;
- Que eu nada receberei e nada pagarei para participar da pesquisa, mas deverei ser indenizado por todos os danos que venha a sofrer por ter participado da pesquisa, sendo que, para estas despesas foi-me garantida a existência de recursos;
- Que eu serei informado sobre o resultado final desta pesquisa.

Finalmente, tendo eu compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação no mencionado estudo e, estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implica, concordo em dela participar e, para tanto eu DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO OU OBRIGADO.

Endereço do (a) participante voluntário (a):

Domicílio: (rua, conjunto) _____

Bloco: _____

Nº: _____, complemento: _____

Bairro: _____

Cidade: _____ CEP: _____

Telefone: _____

Ponto de referência: _____

Contato de urgência (participante): Sr (a) Dra. Débora de Souza Santos
 Endereço: Campus A. C. Simões - Av. Lourival Melo Mota, s/n
 CEP: 57072-900 Maceió - AL
 Telefone (82) 3214-1154

Nome e Endereço do Pesquisador Responsável: Débora de Souza Santos
 Endereço: Campus A. C. Simões - Av. Lourival Melo Mota, s/n
 Bairro: Cidade Universitária
 CEP: 57072-900 Cidade: Maceió- AL Telefone (82) 3214-1154

Instituição: Universidade Federal de Alagoas
 Endereço: Campus A. C. Simões - Av. Lourival Melo Mota, s/n
 Maceió - AL, CEP: 57072-900 Tel: (82) 3214-1154

Nome e Endereço do Pesquisador Responsável: Emilly Souza Marques
 Endereço: Campus A. C. Simões - Av. Lourival Melo Mota, s/n
 Bairro: Cidade Universitária
 CEP: 57072-900 Cidade: Maceió- AL Telefone (82) 3214-1154

Instituição: Universidade Federal de Alagoas
 Endereço: Campus A. C. Simões - Av. Lourival Melo Mota, s/n
 Maceió - AL, CEP: 57072-900 Tel: (82) 3214-1154

Endereço do Comitê de Ética da UFAL: Campus A.C. Simões, Prédio da Reitoria, 1º andar, sala vizinha a PROPEP, telefone: 3214-1041.

Maceió, _____ de _____ de _____

**Assinatura ou impressão datiloscópica
 do(a) voluntário(a) ou responsável legal**

 Dra. Débora de Souza Santos

 Emilly Souza Marques