

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE – UFF
ESCOLA DE ENFERMAGEM AURORA DE AFONSO COSTA – EEAAC
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENSINO NA SAÚDE

**PERCEPÇÃO E PRÁTICA DOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA SOBRE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: UM ESTUDO NA
ÓTICA DA PESQUISA AÇÃO**

VINÍCIUS DE FIGUEIREDO LOPES

NITERÓI/RJ
2014

VINÍCIUS DE FIGUEIREDO LOPES

PERCEPÇÃO E PRÁTICA DOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA SOBRE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: UM ESTUDO NA ÓTICA
DA PESQUISA AÇÃO

Defesa de dissertação apresentada no Programa de Pós-graduação do Mestrado Profissional em Ensino em Saúde, Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa pela Universidade Federal Fluminense, como requisito para obtenção do título de Mestre.

Linha de Pesquisa: Educação Permanente em Saúde.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Marilda Andrade

NITERÓI/RJ
2014

FICHA CATALOGRÁFICA

L 864 Lopes, Vinícius de Figueiredo.
 Percepção e prática dos profissionais da Estratégia de
 Saúde da Família sobre educação permanente em saúde : um
 estudo na ótica da pesquisa ação / Vinícius de Figueiredo
 Lopes. – Niterói: [s.n.], 2014.
 66 f.

 Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino na Saúde) -
 Universidade Federal Fluminense, 2014.
 Orientadora: Prof^ª Marilda Andrade.

 1. Educação em saúde. 2. Estratégia Saúde da Família. 3.
 Educação continuada. 4. Atenção primária à saúde. I. Título.

CDD 614.07

VINÍCIUS DE FIGUEIREDO LOPES

PERCEPÇÃO E PRÁTICA DOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA SOBRE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: UM ESTUDO NA ÓTICA
DA PESQUISA AÇÃO

Dissertação apresentada como requisito parcial
para a obtenção do grau de Mestre no curso de
Mestrado Profissional em Ensino na Saúde, Escola
de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, pela
Universidade Federal Fluminense.

Linha de Pesquisa: Educação Permanente em
Saúde.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Dr^a Marilda Andrade – Orientadora
Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa – UFF

Prof^a Dr^a Maria Soledade Simeão dos Santos – 1^a Examinadora
Escola de Enfermagem Anna Nery – UFRJ

Prof^a Dr^a Mônica Vilella Gouvêa – 2^a Examinadora
Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa – UFF

Prof^a Dr^a Alice Akemi Yamasaki – Suplente
Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa – UFF

Prof^a Dr^a Marléa Chagas Moreira – Suplente
Escola de Enfermagem Anna Nery – UFRJ

NITERÓI/RJ
2014

AGRADECIMENTOS

A Deus, com ele tudo é possível.

Aos meus pais, pelo carinho, amor, respeito, dedicação e ensinamentos.

A minha esposa, pelo amor, carinho, compreensão e respeito.

À minha orientadora Prof^a Dr^a Marilda Andrade, exemplo de compromisso com a universidade pública, por sempre acreditar em mim e pelo incentivo desde a graduação até hoje.

Aos meus colegas de mestrado, pelo incentivo e companheirismo.

Aos professores do mestrado, pelos ensinamentos ao longo desses dois anos.

Aos meus colegas da prefeitura de Duque de Caxias, por me permitirem realizar este estudo.

Aos profissionais que gentilmente contribuíram e fazem parte deste estudo.

Às minhas calopsitas, por me acordarem aos berros quase todos os dias, possibilitando-me acordar na hora para o trabalho e estudo. Diferentemente dos despertadores digitais e celulares, elas não podem ser desligadas.

RESUMO

Este estudo focaliza a Educação Permanente em Saúde (EPS) na Estratégia de Saúde da Família (ESF). Trata-se de uma pesquisa descritiva de abordagem quantiquantitativa e com proposta de pesquisa ação. O cenário do estudo foi a Unidade de Saúde da família do Pilar, no município de Duque de Caxias, Rio de Janeiro, onde estão localizadas as Equipes de Saúde da Família Pilar III, IV e V. A presente pesquisa possui os seguintes objetivos: conhecer a potencialidade para o processo de EPS nestas equipes e seu vínculo com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde; descrever como os profissionais desta unidade de saúde da família entendem e definem a EPS; discutir participativamente possíveis facilidades/dificuldades para a implantação/manutenção da EPS nestas equipes de saúde da família; e produzir um plano de intervenção para implementação/manutenção da EPS nestas equipes, de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Inicialmente os dados foram coletados por realização de entrevista semiestruturada e grupo focal no período de 25 de novembro de 2013 a 31 de março de 2014. O tratamento dos dados ocorreu de acordo com a análise do discurso do sujeito coletivo de Lefèvre e Lefèvre (2003). O estudo apontou que existia, nesta unidade, uma confusão de conceitos por parte dos trabalhadores da ESF dentro da amostragem no que tange as diferentes estratégias educativas. A Educação Permanente em Saúde, a Educação Continuada em Saúde e a Educação Popular em Saúde eram tratadas, de certa forma, como sinônimas e não tinham os seus pressupostos definidos de forma clara para todos. As principais dificuldades apontadas foram as condições de trabalho precárias e a falta de incentivo da gestão para as atividades de EPS. Como facilidades, foram as atividades de educação em saúde serem realizadas de acordo com o cotidiano de trabalho. Foi produzido e implementado um plano de intervenção local com os participantes do estudo. A EPS demonstrou grande potencial a partir da discussão crítica que possibilitará às equipes elaborarem suas linhas de cuidado na lógica do sujeito (profissional e usuário).

Palavras-chave: Estratégia de Saúde da Família, Educação Continuada, Educação em Saúde, Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

This study focuses on the Permanent Health Care Education (EPS) in the Family Health Strategy (ESF). This is a descriptive study with mixed methods and has action research as a proposal. The study setting was the Unidade de Saúde da família do Pilar in Duque de Caxias - RJ, where the Family Health Teams Pillar III, IV and V are located. This study has the following objectives: to understand the potential of the process of Permanent Health Care Education in these teams and their connection with the National Policy on Permanent Health Education; to describe how professionals in this family health unit understand and define Permanent Health Care Education; to discuss participatively possible proficiencies/difficulties for the implementation/maintenance of Permanent Health Care Education in these family health teams; to construct a plan of action for implementation/maintenance of Permanent Health Care Education in these teams according to the guidelines of the National Policy for Permanent Health Care Education. Originally, data was collected by conducting semi-structured interviews. The data handling was performed in accordance with the analyses of the Collective Subject Discourse Lefèvre and Lefèvre (2003). The study pointed out that, in this health care unit, there was conceptual misunderstandings among the staffs of the Family Health Strategy within the sample of this study regarding the different educational strategies, the Permanent Health Care Education, Continuing Education in Health, and Popular Education in Health were treated somewhat interchangeably and their assumptions were not clearly defined for everyone. The main uncovered difficulties were poor working conditions and a lack of encouragement from management for EPS activities; on the other hand, the encountered proficiencies were activities of health education being accomplished in accordance with the everyday work demands of this unity. A local plan of interventions with study participants was produced and implemented. The EPS showed great potential from the critical discussions that will enable these teams to develop their care trajectory in the logic of the subject (professional and user).

Keywords: Family Health Strategy, Continuing Education, Health Education, Primary Health Care

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Principais diferenças entre educação continuada e educação permanente em saúde	21
Quadro 2 – Total de profissionais cadastrados nas equipes de saúde da família Pilar III, IV e V	34
Quadro 3 – Palavras-chave para elaboração dos conceitos de EPS, ECS e EPOS	36
Quadro 4 – Características de formação e atuação profissional dos participantes da pesquisa	39
Quadro 5 – Características socioeconômicas dos participantes da pesquisa	41
Quadro 6 – Características dos participantes dividida por nível de escolaridade de acordo com a função exercida na estratégia de saúde da família	42
Quadro 7 – Padrões de resposta com proporção referentes à pergunta 1: O que o sr(a) entende por educação permanente em saúde?	44
Quadro 8 – Pergunta 2: Já realizou algum curso sobre o tema?	45
Quadro 9 – Pergunta 5: Nos dois últimos anos, existiu algum investimento pessoal e/ou da sua instituição em EPS? Caso sim, cite.	46
Quadro 10 – Pergunta 3: Na sua unidade existe um processo de educação permanente em saúde? () Sim, como o(a) sr(a) descreveria esse processo? () Não, o(a) sr(a) acha que a implantação desse processo poderia trazer benefícios diretos aos usuários?	46
Quadro 11 – Pergunta 6: Em sua opinião, como a EPS poderia influenciar nas questões da saúde e na qualidade da assistência da população descrita?	47
Quadro 12 – Pergunta 4: Em sua opinião, quais obstáculos para a implantação/manutenção da EPS na sua unidade?	47
Quadro 13 – Pergunta 7: Em sua opinião, que estratégias podem motivar os profissionais a participarem das discussões acerca das dinâmicas da EPS em nível local?	48
Quadro 14 – Pergunta 9: Como o(a) sr(a) descreveria seu papel e sua contribuição para a EPS na unidade que atua?	49
Quadro 15 – Pergunta 8: Como o(a) sr(a) relacionaria os dados da sua formação e os dados socioeconômicos desta entrevista com a sua participação na EPS da unidade que atua?	49
Quadro 16 – Palavras-chave para elaboração dos conceitos de EPS, EC e EPOS	51

SIGLAS E ABREVIATURAS

ACD	Auxiliar de Consultório Dentário
ACS	Agente Comunitário de Saúde
CIES	Comissões de Integração Ensino-Serviço
CGR	Colegiados de Gestão Regional
ECS	Educação Continuada em Saúde
EPOS	Educação Popular em Saúde
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 – CONSIDERAÇÕES INICIAIS	10
2 – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	15
2.1 – EDUCAÇÃO CONTINUADA EM SAÚDE: REVISANDO CONCEITOS	15
2.2 – EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: POLÍTICA, NORMAS E DIRETRIZES	17
2.3 – EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE	22
2.4 – REFLEXÕES SOBRE BOURDIEU E A EDUCAÇÃO	25
3 – PERCURSO METODOLÓGICO	30
3.1 – TIPO DE PESQUISA	30
3.2 – CENÁRIO DA PESQUISA	31
3.3 – PARTICIPANTES DA PESQUISA	33
3.4 – ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS	34
3.5 – TÉCNICA DE COLETA DE DADOS	35
3.5.1 – Oficina	35
3.5.2 – Grupo focal	36
3.6 – TIPO DE ANÁLISE DOS DADOS	36
4 – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO	38
4.1 – CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA	38
4.2 – ANÁLISE E DISCUSSÃO A PARTIR DE COMO OS PROFISSIONAIS ENTENDEM E DISCUTEM EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE	43
5 – CONHECENDO A REALIDADE EDUCATIVA: DISCUTINDO FACILIDADES / DIFICULDADES	51
6 – INTERVINDO NA REALIDADE EDUCATIVA PELA PESQUISA AÇÃO: PLANEJAMENTO DA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO LOCAL	53
6.1 – PLANO DE INTERVENÇÃO LOCAL	54
7 – CONSIDERAÇÕES FINAIS	55
REFERÊNCIAS	57
APÊNDICE I	61
APÊNDICE II	62
APÊNDICE III	64
ANEXO I – CARTA DE AUTORIZAÇÃO DO MUNICÍPIO	65
ANEXO I – CARTA DE AUTORIZAÇÃO DO MUNICÍPIO	66

1 – CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Na década de 80, a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) representou, para os diferentes atores que o compõem, uma nova maneira de pensar, estruturar, desenvolver e produzir serviços e assistência à saúde. Assim, os princípios da universalidade de acesso, da integralidade da atenção à saúde, da equidade, da participação da comunidade, da autonomia das pessoas e da descentralização tornaram-se modelos do SUS. O sistema de saúde passou a ser, de fato, um sistema nacional com foco municipal, o que se denomina “municipalização” (MACHADO, 2006).

Ao longo das décadas de 80 e 90, ocorreu, no SUS, uma grande mudança na forma de gerir o setor saúde, especialmente aquele sob o comando público: houve a descentralização dos órgãos, hospitais, ambulatorios, leitos e empregos de saúde, que passaram a se centrar na gestão municipal (CAMPOS; AGUIAR; OLIVEIRA, 2002).

A descentralização político-administrativa, prevista nos princípios e diretrizes do SUS, enfatizava a regionalização e hierarquização dos serviços de saúde, buscando a integração, em nível executivo, das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico com os recursos financeiros, tecnológicos e humanos do governo federal e dos estados e municípios. Com isso, buscou-se maior capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência e melhor organização do serviço de saúde, evitando-se a duplicidade de meios para fins idênticos através da coordenação, negociação, planejamento, acompanhamento, avaliação e auditoria da saúde local, controlando os recursos financeiros no território municipal. (BRASIL, 1990)

De acordo com Arretche e Marques (2002), o impacto da municipalização das políticas de saúde pode ser mensurado através de dois parâmetros. O primeiro é a oferta de serviços ambulatoriais com a produção direta de serviços básicos. O segundo é a capacidade de gestão da rede hospitalar com a capacidade de controle e regulação dos provedores privados ou públicos. O primeiro encontra-se em estágio mais avançado do que o segundo. Isso se deve, principalmente, aos incentivos derivados da estratégia de descentralização do Ministério da Saúde, mais particularmente às regras de operação do SUS, assim como da capacidade de investimento do município.

Ainda no que diz respeito à rede ambulatorial, existem diferenças significativas entre as cidades, especialmente no que tange o aporte populacional. Municípios de menor porte (com menos de 100 mil habitantes) tendem a oferecer uma quantidade maior de serviços

ambulatoriais por pessoa do que os de maior porte. Por outro lado, a capacidade de gestão do sistema hospitalar local é relativamente mais avançada nas cidades de maior porte e nas cidades polo de caráter regional (ARRETCHE E MARQUES, 2002).

O Programa de Saúde da Família (PSF) foi criado pelo Ministério da Saúde em 1994, que o apresentou, inicialmente, como um programa periférico, dissociado dos serviços de saúde vigentes da época. Essa iniciativa ganhou força a partir da busca de um novo modelo de organização da atenção à saúde para o país com o intuito de superar o modelo curativista que se firmou principalmente a partir da criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) em 1966 (CAMPOS; AGUIAR; OLIVEIRA, 2002).

Dessa forma, o PSF foi proposto com o objetivo de reorganizar a prática de atenção à saúde com atividades de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde através dos seguintes princípios: caráter substitutivo; integralidade e hierarquização; territorialização e adscrição da clientela; trabalho composto por equipe multiprofissional.

A lógica de trabalho no PSF estava baseada na atuação em uma área delimitada. Seus profissionais deveriam se adequar a uma nova forma da organização do trabalho, considerando os seguintes aspectos: trabalho em tempo integral e em equipe, participação comunitária no trabalho da equipe, possibilidade de incorporação e atuação com a dimensão psicoafetiva e social regidas sob uma nova ética, a preocupação com os moradores da comunidade (ROZA; RODRIGUES, 2003).

Com o passar do tempo, o PSF passou a ser denominado Estratégia Saúde da Família (ESF), uma vez que o termo “programa” representa uma atividade com início, meio e fim. Com isso, a ESF passou a representar uma concepção de atenção à saúde focada na família e na comunidade, com objetivo de promover uma assistência direcionada ao conceito ampliado de saúde que busca a qualidade de vida e não somente a ausência de doenças. Assim, a qualidade de vida da população assistida não depende apenas de questões biológicas, mas também do estilo de vida, das condições sociais, históricas, econômicas e ambientais em que se vive (BRASIL, 2005).

Portanto, para ter saúde, é preciso ter acesso às ações e aos serviços de saúde por meio de profissionais sensibilizados e qualificados. Não se pode pensar em reorganizar as práticas de atenção à saúde sem que se invista numa nova política de formação e num processo permanente de educação dos seus trabalhadores.

Desde a III Conferência Nacional de Saúde (1963), o tema educação em saúde tem sido discutido. Naquele momento a proposta estava focada na forma de evitar o desajustamento técnico em relação aos recursos do meio. Nas Conferências Nacionais de Saúde posteriores, incluindo a I e II Conferências Nacionais de Recursos Humanos para a Saúde (1986 e 1993), evidenciou-se a necessidade de educação continuada para os profissionais de saúde, a qual, gradativamente, foi se tornando importante, como forma de torná-los capazes de compreender as necessidades dos serviços e os problemas de saúde da população (FARAH, 2003).

De acordo com Farah (2003), a educação em serviço foi o primeiro conceito a ser operacionalizado como forma de adequamento dos profissionais às necessidades de saúde nos serviços públicos, principalmente nas décadas de 60 e 70, quando predominavam os saberes voltados para o modelo biomédico. Nesse contexto, a educação continuada propunha uma abordagem para complementar a formação curricular dos profissionais, auxiliando-os na realidade social e oferecendo subsídios para que pudessem atender as necessidades de saúde da população. Como resultado desse processo, contribuiu-se para a organização dos serviços com as mudanças necessárias ao atendimento das demandas (*Ibidem*).

Assim, a educação continuada em saúde (ECS) foi definida como um processo educativo desenvolvido através de atividades de ensino que ocorrem após a formação universitária com finalidade restrita à atualização, aquisição de novas informações, por meio da pedagogia da transmissão do conhecimento. Nesta proposta pedagógica, um indivíduo que supostamente detém mais conhecimento sobre determinado assunto transmite este saber para um ou mais indivíduos que o recebem de forma passiva sem formação de um senso crítico. (MASSAROLI; SAUPE, 2005).

Trazendo uma proposta mais ampla, emergiu a Educação Permanente em Saúde (EPS), como um processo que busca alternativas e soluções para os problemas de saúde reais vivenciados pelos usuários do setor. Deve ser entendida como um fator que influenciará no processo de reflexão e transformação das práticas vigentes no SUS, para que os profissionais possam enfrentar a realidade através da complementação e/ou aquisição de novos saberes.

Na perspectiva da EPS como método de ensino, podemos destacar a pedagogia da problematização, processo composto desde a observação da realidade local até a discussão coletiva sobre os dados registrados, mas principalmente com a reflexão sobre as possíveis causas e determinantes de um problema. Posteriormente surge a elaboração de hipóteses de solução e a intervenção direta na realidade social, que tem o objetivo de mobilizar o potencial

social, político e ético dos atores envolvidos através da responsabilização, já que participam da construção da história de seu tempo, mesmo que em pequena dimensão (BERBEL, 1998).

Neste estudo entende-se EPS como uma estratégia¹ que busca operacionalizar a Política de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) e atua de forma transversal à ESF.

Infelizmente, em muitos casos existe uma lacuna entre a teoria e a prática, entre o que deveria acontecer e o que de fato acontece. Nessa realidade, existem muitas equipes de saúde da família que não utilizam a EPS como estratégia. Ao invés disso, fazem uso apenas de capacitações pontuais com temas escolhidos de forma vertical, sem o envolvimento dos diversos profissionais da equipe ou que não tenham relação com o contexto do trabalho e necessidades das equipes. Além disso, nessas capacitações, são abordados apenas aspectos técnicos sem que se discuta o processo de trabalho como um todo. Nesse caso, atende-se a uma lógica da ECS, que tem sua importância. Contudo, os processos educativos dentro da ESF não devem se reduzir apenas à ECS.

A motivação para este estudo ocorreu durante minha trajetória como enfermeiro do SUS no município de Duque de Caxias, no estado do Rio de Janeiro, quando pude evidenciar uma dificuldade por parte dos profissionais em dominar e aplicar o conceito da EPS. Tal fato se agrava à medida que os profissionais relatam ter um processo de EPS, enquanto, na verdade, praticam a educação continuada. Essa confusão de entendimento sempre me causou grande incômodo e descontentamento, uma vez que a EPS pode contribuir de forma singular para a ESF e seu processo educativo. Diante do exposto, o objeto deste estudo foi o cotidiano dos profissionais das equipes de saúde da família do Pilar III, IV e V no município de Duque de Caxias, no que diz respeito a sua percepção e prática sobre EPS.

Assim, emerge como problema da pesquisa a seguinte questão: de que forma a EPS que ocorre nesta unidade de saúde da família está estruturada de acordo com a PNEPS?

A questão norteadora é: Como a EPS pode potencializar o processo de trabalho das equipes de saúde da família/profissionais?

Entende-se potencialidade como a possibilidade de se explorar determinado potencial, de forma a buscar transformação acerca de determinada realidade. Dessa forma, há uma potência latente nestas equipes no que diz respeito ao desenvolvimento dos seus processos educativos, uma vez que existe um conhecimento significativo desses profissionais que pode

¹ Neste estudo, entende-se estratégia segundo o conceito de Andrews (2001): conjunto de objetivos, finalidades, metas, diretrizes e planos para atingir esses objetivos, construídos de forma a definir em que atividades se encontra determinada organização, que tipo ela é ou deseja ser.

ser revelado pela EPS enquanto estratégia que vislumbra uma ação a tornar-se eixo integrador do processo de trabalho. Com isso, nesse conceito de potencialidade, busca-se o que é possível, mas ainda não é real.

Nesse cenário, foi construído o objetivo geral do presente estudo: conhecer a potencialidade para o processo de Educação Permanente em Saúde nestas equipes e seu vínculo com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Os objetivos específicos são: descrever como os profissionais desta unidade de saúde da família entendem e definem educação permanente em saúde; discutir participativamente possíveis facilidades/ dificuldades para a implantação/manutenção da educação permanente em saúde nestas equipes de saúde da família; produzir um plano de intervenção para implementação/ manutenção da Educação Permanente em Saúde nestas equipes de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS).

Este estudo justifica-se à medida que é um tema de grande importância para as questões relacionadas ao desenvolvimento dos trabalhadores do SUS. Por isso, a questão referente à gestão do trabalho e da educação em saúde faz parte da agenda de discussão do governo, como por exemplo, na 3ª Conferência de Recursos Humanos.

Dessa forma, este estudo torna-se relevante uma vez que é necessária uma discussão aprofundada sobre o tema entre as equipes de saúde da família, buscando aproximar-se das diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

2 – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Para possibilitar melhor compreensão ao leitor, esse capítulo foi dividido em quatro partes. Na primeira, intitulada “Educação continuada em saúde: revisando conceitos”, serão abordados aspectos inerentes ao processo educativo. Na segunda, “Educação permanente em saúde: Política, normas e diretrizes”, pretende-se realizar uma síntese com os aspectos mais relevantes do tema para este estudo. Na terceira, “Educação popular em saúde”, foi contemplada essa modalidade educativa, escrita após a realização das entrevistas, na quais foi evidenciada a necessidade de subsidiar o leitor acerca deste tema devido a sua relevância nos resultados. Na quarta, “Bourdieu e a educação”, serão descritos alguns conceitos relevantes para o campo da educação, relacionando-os a determinados aspectos práticos da EPS na ESF.

2.1 – EDUCAÇÃO CONTINUADA EM SAÚDE: REVISANDO CONCEITOS

A Educação Continuada no campo da saúde emergiu com o objetivo de atualizar os profissionais de saúde para que estes pudessem exercer suas funções com melhor resultado. Em 1978, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) conceituou “Educação Continuada” como um processo que começa após a formação básica para atualizar e melhorar a capacidade de um indivíduo ou grupo, mediante a evolução técnico-científica e as necessidades sociais. Em 1982, a Organização Mundial da Saúde (OMS) conceituou a Educação Continuada com parâmetros parecidos aos da OPAS, ou seja, como um processo que inclui as experiências posteriores à graduação, que possibilitem aprender competências importantes para o seu trabalho através de metodologias tradicionais (MASSAROLI; SAUPE, 2005).

Dessa forma, a educação continuada é uma estratégia no setor de Saúde que se caracteriza pela continuidade do modelo acadêmico da época, centralizado na atualização de conhecimentos, quase sempre com enfoque disciplinar e com base na pedagogia da transmissão de conhecimentos. Com isso, ainda que se alcancem aprendizagens individuais por meio da capacitação, estas nem sempre se transformam em aprendizagem organizacional, ou seja, não se transferem para ações coletivas. Com isso, se produz uma distância entre a prática e o saber.

De acordo com Davini (2009), a educação continuada consiste numa estratégia descontinuada de capacitação através de cursos periódicos, dirigida prioritariamente à equipe médica e com menos ênfase aos demais profissionais de saúde. E, ainda, desconsidera a perspectiva de trabalho de equipe, uma vez que está centrada em cada categoria profissional de forma isolada.

A partir da capacitação com enfoque técnico, ocorre a simplificação, que reduz o problema da educação de pessoal a uma questão de aplicação de métodos e técnicas pedagógicas, sem a compreensão dos seus enfoques e estratégia dentro do contexto político institucional. Isso nos leva à visão instrumental da educação, na qual os processos educativos se reduzem aos meios de se alcançar um objetivo pontual através do imediatismo, ou seja, a possibilidade de grandes efeitos de um programa educativo de aplicação rápida. Nesse instrumento, usa-se a lógica de começo e fim com a baixa discriminação de problemas a serem trabalhados, cuja solução não necessariamente depende de capacitação e, sim, de outros fatores (*Ibidem*).

Ainda nessa questão, Farah (2003) afirma que, ao se propor processos educativos pautados no aumento da produtividade ou na adequação dos profissionais aos programas verticais, preocupa-se apenas com o aprimoramento das técnicas, desvinculadas da prática concreta dos trabalhadores de saúde. Dessa forma, tais treinamentos reproduzem os conhecimentos através da transmissão, que pouco contribui para as mudanças desejadas no setor saúde, pois não desenvolvem o compromisso com a universalidade, a equidade, a integralidade e o atendimento das necessidades de assistência à saúde da população.

Na década de 80, mudanças no campo da educação na saúde nos deixara como legado um debate acerca da renovação nos enfoques e estratégias da capacitação do pessoal. Nesse cenário, a educação continuada foi objeto de análise por estar centrada prioritariamente na transmissão de conhecimentos atualizados. Havia, porém, uma lacuna, no que diz respeito aos problemas concretos dos serviços, por dedicar-se quase que exclusivamente à capacitação de médicos, sem enfoque multidisciplinar (DAVINI, 2009).

Desde que foi criado, o SUS já provocou profundas mudanças nas práticas de saúde. Mas para que essa evolução continue, ainda são necessárias profundas transformações na formação e no desenvolvimento dos profissionais da área. Isso significa que só conseguiremos mudar realmente a forma de cuidar, tratar e acompanhar a saúde dos brasileiros se conseguirmos mudar também os modos de ensinar e aprender (BRASIL, 2005).

Essa mudança requer ir contra o modelo vigente na busca por novos através da luta contra um sistema de valores implícitos na cultura universitária e nas práticas profissionais que, ainda hoje, representam os dilemas caracterizados pela desarticulação entre a saúde que oferecemos e a que de fato deveria ser ofertada à população. Assim, as teorias clássicas de aprendizagem se caracterizaram pela tendência em explicar os processos de aprendizagem, isolando-os do contexto quando deveria privilegiar o conhecimento prático em suas ações educativas, favorecendo a reflexão compartilhada e sistemática.

Para desempenhar a complexa tarefa de ensinar, é necessário preparo científico (acadêmico e pedagógico) técnico, humano, político-social e ético, buscando a formação do homem-cidadão-profissional (MENDES, 2005). E a EPS é uma estratégia pedagógica, no setor da saúde, que busca convergir ensino, ações e serviços e, também, entre docência e atenção à saúde, com incentivo ao controle social (BRASIL, 2009).

Nesse sentido, é importante salientar que a presença de uma estratégia voltada para a EPS não exclui que, em momentos pontuais, seja utilizada a ECS. Existe aplicabilidade prática para essa estratégia, como por exemplo, um treinamento para execução de determinado procedimento específico, como na coleta de sangue de um usuário que necessite. De acordo com Ceccim e Feuerwerker (2004, p. 51-52):

A educação permanente em saúde interpõe, nesta vertente, a reflexão crítica sobre as práticas assistenciais e de gestão. Pode-se/deve-se realizar a educação aplicada ao trabalho (capacitações tradicionais), mas também a educação que pensa o trabalho e a educação que pensa a produção do mundo. Em ambos os casos, podem-se/devem-se inserir fluxos à reflexão crítica.

2.2 – EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: POLÍTICA, NORMAS E DIRETRIZES

O enfoque da EPS, ao contrário da ECS, busca mudança na concepção e nas práticas de capacitação dos trabalhadores dos serviços, incorporando o ensino e o aprendizado à vida cotidiana das organizações e às práticas sociais, no contexto real em que ocorrem, problematizando o próprio fazer. Com isso, coloca as pessoas como atores reflexivos da prática e construtores do conhecimento e de alternativas de ação, ao invés de meros receptores. Além disso, aborda a equipe e o grupo como estrutura de interação, evitando a fragmentação disciplinar (DAVINI, 2009).

O Ministério da Saúde (MS) propõe a Educação Permanente como estratégia de transformação das práticas de formação, de atenção, de gestão, de formulação de políticas, de

participação popular e de controle social no setor da Saúde. Buscando transformar as práticas profissionais existentes a partir da reflexão de trabalhadores e estudantes sobre o trabalho que realizam ou para o qual se preparam (BRASIL, 2005).

De acordo com Farah (2003, p.125):

A educação é um processo permanente, que busca alternativas e soluções para os problemas de saúde reais vivenciados pelas pessoas e grupos em suas realidades. Ela deve ser entendida como um fator que influenciará no processo de reflexão e transformação das práticas vigentes nos serviços, para que os profissionais possam enfrentar a realidade, através da complementação e/ou aquisição de novos conhecimentos. Todo processo educativo não tem um fim em si mesmo. Ele é um processo inacabado, sendo necessário retroalimentá-lo continuamente pela dinâmica do setor saúde.

Assim, o sucesso do profissional na EPS depende de sua capacidade de manejar a complexidade e resolver problemas práticos através da integração inteligente e criativa do conhecimento e da técnica. Conforme Ceccim e Feuerwerker (2004, p. 50):

A lógica da educação permanente é descentralizadora, ascendente e transdisciplinar. Essa abordagem pode propiciar: a democratização institucional; o desenvolvimento da capacidade de aprendizagem, da capacidade de docência e de enfrentamento criativo das situações de saúde; de trabalhar em equipes matriciais e de melhorar permanentemente a qualidade do cuidado à saúde, bem como constituir práticas técnicas críticas, éticas e humanísticas.

A EPS se baseia na aprendizagem significativa² e na possibilidade de transformar as práticas profissionais. A educação permanente pode ser entendida como aprendizagem-trabalho, ou seja, ela acontece no cotidiano das pessoas e das organizações (BRASIL, 2009).

Na EPS, outro aspecto importante é o conceito ampliado de saúde. Este é compreendido de uma forma mais abrangente, como qualidade de vida, que depende não apenas de questões biológicas, mas também do estilo de vida dos usuários, bem como de condições sociais, históricas, econômicas e ambientais em que vivem e trabalham. Desse modo, o conceito de saúde abandona a simples ausência de doenças físicas (*Idem*, 2005).

Após conceituarmos a EPS, vamos abordar importantes publicações que tratam dessa estratégia pedagógica no Brasil e que têm relevância para este estudo. No ano 2000, foi publicado pelo MS o caderno de atenção básica nº3, que define educação permanente com o foco central de transformar o processo de trabalho, orientando-o para uma constante melhoria da qualidade das ações e serviços de saúde. A finalidade dessa publicação foi reunir conteúdos e informações técnicas pertinentes aos protocolos/rotinas de trabalho das equipes

² De acordo com Brasil (2005, p.12), a aprendizagem significativa acontece quando aprender faz sentido para nós e responde a uma pergunta nossa. E/ou quando o conhecimento novo é construído a partir de um diálogo com o que já sabíamos antes. Na aprendizagem significativa, acumulamos e renovamos experiências.

de saúde da família sob os enfoques operacional, gerencial e conceitual. Para isso, o MS realizou investimentos através do Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Políticas de Saúde, em polos de formação, capacitação e educação permanente para saúde da família, com o objetivo de articular o ensino e o serviço, estimulando-os a reformarem seus cursos de graduação e a implantarem programas de pós-graduação (Especialização e Residência em Saúde da Família) (BRASIL, 2000).

O Departamento da Atenção Básica coloca à disposição dos técnicos responsáveis pela capacitação de equipes de saúde da família propostas de curso introdutório e de implementação de projetos de educação permanente para dar respostas imediatas às crescentes demandas educativas dos profissionais que atuam no PSF. Isso ocorre através de etapas para o desenho de um Projeto de Educação Permanente, seguindo três linhas metodológicas: Aprendizagem Baseada em Problemas; Autoinstrução; e Educação a Distância. Estas se voltam principalmente para alguns ciclos de vida, tais como: saúde da criança, saúde do adolescente, saúde do adulto, hipertensão arterial, diabetes *mellitus*, hanseníase, tuberculose, doenças sexualmente transmissíveis, saúde mental, aspectos ligados à saúde integral da mulher, saúde do idoso (*ibidem*).

A PNEPS foi instituída pela Portaria GM/MS nº 198, de 13 de fevereiro de 2004, como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor. Esse processo se daria através da condução locorregional da PNEPS, sendo efetivada mediante um Colegiado de Gestão Regional configurado como polo de educação permanente em saúde para o SUS, que era uma instância interinstitucional e locorregional/roda de gestão (BRASIL, 2004a).

Portanto, essas instâncias locorregionais seriam espaços para o estabelecimento do diálogo e da negociação entre os atores das ações e serviços do SUS e das instituições formadoras, sendo responsáveis pela identificação de necessidades e para a construção de estratégias e de políticas no campo da formação e desenvolvimento. Busca, ainda, a ampliação da qualidade na gestão e o aperfeiçoamento da atenção integral à saúde, dentro do conceito ampliado de saúde e do fortalecimento do controle social no SUS (BRASIL, 2004b).

Esses polos seriam compostos por: gestores estaduais e municipais de saúde e de educação, instituições de ensino com cursos na área da saúde, escolas técnicas, escolas de saúde pública e demais centros formadores das secretarias estaduais ou municipais de saúde, núcleos de saúde coletiva, hospitais de ensino e serviços de saúde, estudantes da área de saúde, trabalhadores de saúde, conselhos municipais e estaduais de saúde, movimentos sociais

ligados à gestão das políticas públicas de saúde. Outras instituições poderiam pedir sua integração, cabendo ao Colegiado de Gestão o encaminhamento das inclusões (BRASIL, 2004a).

Os atores envolvidos no processo deveriam ter em mente alguns princípios fundamentais, a saber: construção descentralizada do sistema, universalidade, integralidade e participação popular. Nesse sentido, a educação permanente seria capaz de reorganizar, simultaneamente, os serviços e os processos formativos, transformando as práticas educativas e as de saúde. Para tal, incorporava conceitos como o de aprendizagem significativa, problematização³, conceito ampliado de saúde, a ideia de clínica ampliada⁴, trabalho em equipe multiprofissional e reforço de ações intersetoriais. Com isso, espera-se que este atendimento funcione como uma cadeia de cuidado progressivo à saúde, na qual a população tem papel central nessa linha de cuidado (*Idem*, 2005).

Munidos de mecanismos de avaliação e monitoramento, esses polos deveriam: formular e integrar ações de educação em serviço ou formação para usuários, dirigentes de ações ou unidades, gestores públicos, professores, estudantes e trabalhadores da área da saúde, agentes sociais e parceiros intersetoriais; provocar processos de transformação das práticas de saúde e de educação na saúde; formular políticas de formação e desenvolvimento em bases locorregionais; estabelecer relações com outros polos, formando redes estaduais e uma rede nacional de Pólos de Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2005).

A introdução da EPS seria estratégia extremamente relevante para que fossem repensadas as práticas de formação, atenção, gestão, formulação de políticas e controle social no setor da saúde, vislumbrando ações intersetoriais oficiais contínuas com o setor da educação, promovendo mudanças na graduação, nas residências, na pós-graduação e, também, na educação técnica, levando-se sempre em conta as necessidades e os direitos de saúde da população e os princípios e diretrizes do SUS como a universalização, integralidade e equidade (CECCIM, 2005).

Em 2006, foi instituído o pacto pela vida através das portarias 399/GM (Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto) e 633/GM (Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão). Nesse contexto, mediante a Portaria GM/MS no 1.996, de 20 de agosto de 2007,

³ Problematizar significa refletir sobre determinadas situações, questionando fatos, fenômenos e ideias, compreendendo os processos e propondo soluções (BRASIL, 2005).

⁴ No conceito de clínica ampliada o centro da atenção se desloca do profissional isolado para a equipe responsável pelo cuidado; e da doença para a pessoa que corre o risco de adoecer, para os modos como ela adoece e para a realidade em que ela vive. (*ibid.*, p.19)

foram definidas novas diretrizes e estratégias de ação para implementar a PNEPS, adequando-a às diretrizes operacionais e aos regulamentos do Pacto pela Saúde (BRASIL, 2009).

Em meio a estas mudanças surgiram as Comissões de Integração Ensino-Serviço (CIES) para substituir os polos de EPS, instâncias de articulação dos municípios nas Comissões Intergestores Regionais (CIR), anteriormente denominadas Colegiados de Gestão Regional (CGR), desprovidos de personalidade jurídica própria. As CIR qualificam o processo de regionalização, garantindo o exercício da ação cooperativa. As CIES são formadas por gestores de saúde municipais e estaduais, trabalhadores do SUS, instituições de ensino com cursos na área da saúde (docentes e discentes) e movimentos sociais ligados à gestão das políticas públicas de saúde e do controle social no SUS. Têm por objetivo formular, conduzir e desenvolver a educação permanente, além de propor, planejar e acompanhar a execução de ações de EPS (*Idem*, 2007b).

Os conceitos de educação continuada e educação permanente, muitas vezes, são confundidos e tratados como sinônimos, podendo ser atribuídos tanto aos programas pontuais de capacitação para o trabalho ou atualização científica e tecnológica, logo transitórios, como para serviços incluídos nos organogramas oficiais das instituições de saúde (SARDINHA PEIXOTO *et al.*, 2013). O quadro 1 traz as principais diferenças entre EPS e educação continuada.

Quadro 1 – Principais diferenças entre educação continuada e educação permanente em saúde

Aspectos	Educação continuada	Educação permanente
Público-alvo	Uniprofissional	Multiprofissional
Inserção no mercado de trabalho	Prática Autônoma	Prática institucionalizada
Enfoque	Temas de especialidades	Problemas de saúde
Objetivo principal	Atualização técnico-científica	Transformação das práticas técnicas e sociais
Periodicidade	Esporádica	Contínua
Metodologia	Pedagogia da Transmissão	Pedagogia centrada na resolução de problemas
Resultados	Apropriação	Mudança

Fonte: MANCIA, J. R; CABRAL, L. C; KOERICH, M. S. (2004).

No que diz respeito ao financiamento da PNEPS, para que esta seja efetiva, são necessários recursos financeiros e, assim, o governo federal aloca verba exclusivamente para a PNEPS. Somente no ano de 2011, foi alocado para o estado do Rio de Janeiro um total de R\$ 3.687.788,60 para EPS (BRASIL, 2011).

2.3 – EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE

A Educação Popular em Saúde (EPOS) é entendida, em muitas ocasiões, de forma equivocada, como um modo de fazer os usuários mudarem seus hábitos para assimilarem práticas de cuidado e recomendações dos profissionais de saúde. Com essa prática inadequada, supostamente se evitariam o desenvolvimento de um conjunto de doenças. Entretanto, na EPOS, educar significa ajudar a população a compreender as causas dessas doenças e a se organizar para superá-las e, em um contexto mais amplo, buscar práticas não só preventivas, mas também de promoção da saúde com responsabilização ao invés da culpabilização.

Para Valla (1999), a proposta de educação popular na saúde comunitária é vista com frequência de forma ambígua, por alguns como uma forma organização e politização popular ou como uma forma de desenvolver trabalhos que seriam da responsabilidade governamental. Com isso, contribuiriam para o governo a reduzir os seus gastos, uma vez que haja condições mínimas de higiene e alimentação para a maior parte da população, a tendência é que os indivíduos vivam mais e adoçam menos. Isso contribui para que muitos percebam este serviço de saúde como para os pobres, que permite que mais dinheiro público sobre para atender parcelas da sociedade de melhores condições de vida.

Um dos efeitos mais perigosos do mau funcionamento dos serviços públicos no Brasil é o da culpabilização da vítima, que ocorre através de uma imagem construída em torno das condições de vida e de trabalho da população mais carente, nas quais a precariedade dos serviços públicos para essas parcelas da sociedade tem, em parte, sua justificativa a partir dessa imagem construída. Nessa lógica, por exemplo, a responsabilidade pela desidratação de uma criança é dos pais e não do estado que não realiza sua educação em saúde e promoção da saúde de forma adequada. De forma sorrateira, a individualização da culpa é a explicação de uma prática coletiva (*Idem*, 1998).

Outra maneira equivocada de se pensar a EPOS, no que diz respeito à participação popular, é a formação dos chamados “mutirões”, em que o estado atribui a população mais

carente a responsabilidade e iniciativa por um cuidado que deveria partir e ser garantido pelo próprio governo. Essa estratégia cruel e exploradora está presente em determinadas campanhas, assim como os programas desenvolvidos têm mais a ver com os "agentes patológicos" do que com os indivíduos sociais. Podemos perceber essa prática principalmente no controle de agravos que ameaçam a população como um todo: epidemias de dengue, enchentes, etc. Nessas situações, as campanhas ensinam a população a identificar os sinais de males que podem ameaçar "toda" a população, e não apenas a classe menos favorecida (VILLA, 1992).

A EPOS pode ser compreendida como um processo de relações pedagógicas de cenários e vivências que articulam as subjetividades coletivas e busca a aproximação entre os profissionais de saúde e a população, diminuindo a distância entre a assistência que representa intervenção pontual sobre a doença em um tempo e espaço determinados e o cuidado, que deve ser contínuo, compreendendo um espaço de negociação e inclusão dos saberes, dos desejos e das necessidades do outro (BRASIL, 2007a).

De acordo com Silva *et al.* (2010), a EPOS é uma estratégia de construção da participação popular no redirecionamento da vida social. Sua metodologia pressupõe que as classes populares têm uma dinâmica própria sobre as doenças, sua forma de lidar com ela e seus processos de cura adquiridos no seu cotidiano ao longo de gerações, devendo ser respeitada e incorporada às práticas de saúde.

Para que seja possível, à EPOS não cabe a desqualificação do saber popular com o monopólio do saber técnico, seja médico ou de outro tipo que estabelece de forma equivocada o parâmetro da escolaridade como diretamente proporcional ao da competência. É fundamental a concepção de igualdade dos saberes dos profissionais e da população, sem que a referência seja: o saber é o do profissional. Afinal, os saberes da população são elaborados sobre a experiência concreta, sobre vivências, distintas daquelas do profissional que possui o saber formal. Assim, não basta apenas o profissional oferecer seu saber porque julga o da população insuficiente ou inferior, quando, na realidade, é apenas diferente (VALLA, 1998).

Por isso, a reflexão crítica é construída de forma compartilhada através do diálogo e do reconhecimento da cultura popular e científica. Torna-se fundamental a disponibilidade de escuta e fala dos atores que se colocam em relação, mesmo com uma visão de saberes e práticas diferentes, convivendo em situações de reciprocidade e cooperação (BRASIL, 2007a).

Essa proposta parece crescer em importância quando se constata que hoje existem poucos espaços formais reservados para este tipo de atividades. Embora tanto a EPS quanto a

EPOS não devam ser desenvolvidas apenas em espaços formais, contudo, a existência destes garante certa sistematização e tempo para tais discussões. Os espaços informais, como uma conversa no corredor entre profissional e usuário, também têm sua importância, mas não deve ser a única forma de EPOS ou EPS.

A EPOS se aproxima da EPS no que diz respeito ao diagnóstico participativo baseado na própria capacitação técnica, pois permitiria que profissionais e usuários se juntassem nas tarefas de discutir categorias, levantar, sistematizar e socializar dados através de um "aprender fazendo". O que distingue esse tipo de diagnóstico de outras propostas é a necessidade intrínseca dos atores de participarem efetivamente na construção de conhecimentos acerca das demandas em saúde (VALLA, 1992).

Ao contrário da educação tradicional, a EPOS se contrapõe ao autoritarismo da cultura tradicional prescritiva dos cuidados em saúde, buscando a transformação das relações de subordinação em favor da autonomia, da participação das pessoas comuns e da interlocução entre saberes e práticas. Assim, a EPOS busca trabalhar pedagogicamente o usuário e os grupos envolvidos no processo de participação popular, incentivando construções coletivas de aprendizado e investigação, buscando promover o crescimento da capacidade de análise crítica sobre a realidade e o aperfeiçoamento das estratégias de luta e enfrentamento dos problemas de saúde (SILVA *et al.*, 2010).

De acordo com Gomes e Merhy (2011), as palestras e grupos de usuários com determinada(s) característica(s) em comum são duas formas comuns de EPOS. A primeira deve ser reorientada para que seu enfoque não seja apenas o repasse de normas e orientações de higiene e boas condutas. Ao invés disso, (a segunda) deve buscar iniciativas que apresentem oportunidades de diálogo entre trabalhadores de saúde e usuários, em que os aspectos coletivos da realidade da comunidade sejam enfatizados. No que diz respeito à última, é importante, além de se aproximar por determinada característica, como faixa etária, determinada patologia ou condição (gestante, por exemplo), é fundamental em primeiro lugar identificar os interesses que mobilizam e os problemas mais relevantes de uma população (GOMES; MERHY, 2011).

A EPOS não se trata apenas de uma equipe de saúde eleger determinado tema, de acordo com o seu interesse, sem consultar os usuários e ministrar palestras com a ideia de transferir conhecimento. É fundamental que as discussões sejam pautadas no interesse da comunidade, com embasamento na realidade, conhecimento e disponibilidade dos usuários. Nos grupos organizados a partir de patologias específicas, como por exemplo, o de hipertensão arterial, sua potencialidade está além de discutir aspectos gerais da patologia, mas

sim nas trocas que se efetuam aos usuários compartilharem seus medos, tristezas, fracassos, sucessos, soluções, de diferentes modos, que se desenvolvem para enfrentar e conviver com o processo de adoecimento e cura.

O que se busca, são pedagogias com conscientização da população e problematização da realidade local, que reconheça que os educandos são sujeitos ativos construtores das suas vidas e conhecimentos e que essas construções partam, necessariamente, do seu cotidiano e da realidade em que estão inseridos (GOMES; MERHY, 2011).

Nesse contexto, é fundamental a participação do agente comunitário de saúde na equipe de saúde da família. Por fazer parte daquela comunidade, conhece os problemas, necessidades de saúde, costumes, valores, cultura da população local, potencialidades e limitações da comunidade. Se bem orientado e inserido como membro importante da equipe, será facilitador da relação entre esta e a comunidade, sendo um elo fundamental.

Nos últimos anos, as práticas educativas ainda seguem, em grande parte, um modelo autoritário, no qual os profissionais da saúde fazem prescrições sobre o comportamento mais adequado para ter saúde e a população acata, ou finge que acata, sem questionar ou relacionar esses conteúdos a sua realidade. Ainda hoje, podemos perceber que as práticas educativas nos serviços de saúde obedecem a métodos tradicionais e não se preocupam com a criação de vínculo entre os trabalhadores em saúde e a população (ALVES; AERTS, 2011).

De acordo com os mesmos autores, o mérito das propostas de EPOS é terem rompido com a tradição autoritária e prescritiva da educação em saúde, preocupando-se em atuar com o diálogo, a reflexão crítica sobre o cotidiano vivido e a valorização do conhecimento popular (*Ibidem*).

Dentro dessa perspectiva, é mais viável a construção de uma saúde integral, humanizada e participativa, que inclui não somente os aspectos específicos dos saberes científicos dos profissionais e instituições, mas especialmente a articulação com a população. Suas propostas fortalecem e reorientam as práticas, saberes e lutas cotidianas, o que é de fundamental importância, uma vez que o foco principal dos serviços de saúde é, ou deveria ser os usuários desse sistema. Transformando as práticas educativas, começaremos a ter usuários que, de fato, usufruem deste sistema e não somente pacientes que sofrem ações deste.

2.4 – REFLEXÕES SOBRE BOURDIEU E A EDUCAÇÃO

Este estudo não tem a pretensão de abordar todas as obras de Bourdieu, nem ao menos todos os conceitos desenvolvidos pelo autor em suas importantes publicações acerca da

educação. O que se busca é, em primeiro lugar, definir alguns conceitos do autor, como os de *espaço social*, *capital* (econômico, cultural, social e simbólico), *campo*, *violência simbólica e habitus*. Posteriormente, pretende-se realizar uma concatenação, de forma sucinta, entre estes conceitos e sua possível aplicabilidade no campo da educação na saúde na ESF.

O *espaço social* pode ser compreendido como um sistema de posições que se definem umas em relações a outras, que se faz em determinado espaço e tempo e que se reproduz de forma consensual e, muitas vezes, inconsciente pelos seus agentes (GONÇALVES, 2010). A relação com o mundo social não se constitui de forma mecânica simplesmente, constitui-se por uma espécie de cumplicidade que pode ser delimitada pelas atitudes, poder e posição de determinado indivíduo em determinado campo (BOURDIEU, 2012). Assim sendo, as relações que se estabelecem dentro de uma equipe de saúde da família, no que diz respeito à EPS, não se estabelecem por mero acaso, mas sim por uma conjuntura de fatores internos e externos a cada indivíduo e à equipe.

A noção de *campo*, com suas características próprias, sua autonomia e domínio de certos indivíduos ou grupos, serve de instrumento ao método relacional de análise das dominações e práticas específicas de um determinado espaço social. Ainda sim, o limite de um *campo* e seus efeitos são estabelecidos à medida que cada agente nele sofre efeitos ou que neles os produz. Com isso, cada espaço corresponde a um campo específico, no qual é determinada a posição social dos agentes e onde se revelam, por exemplo, as figuras de “autoridade”, detentoras de maior volume de capital (*Idem*, 2005).

Vale a pena destacar que os tipos de *capitais*, segundo Bourdieu, são uma ampliação da concepção marxista, em que estes não são apenas o acúmulo de bens e riquezas econômicas, e sim todo recurso ou poder que se manifesta em uma atividade social. Com base nisso, destacamos os seguintes capitais: *econômico*, relacionado a bens, salário, renda, ou seja, relacionados aos meios de produção de renda; *cultural*, relacionado a saberes e conhecimentos reconhecidos por diplomas e títulos, além daquele incorporado através da expressão oral; *social*, conjunto das relações sociais de que dispõe um indivíduo, ou seja, relações sociais que podem ser convertidas em recursos de dominação; *simbólico*, ligado à honra, ao prestígio e ao reconhecimento, poder que funciona como uma forma de crédito, pressupondo confiança ou a crença daqueles que sofrem porque estão dispostos a dar crédito. Identificar os agentes no espaço social – desigualdades sociais – não decorreria somente de desigualdades econômicas, mas também dos entraves causados, por exemplo, pelo déficit de *capital cultural* no acesso a bens simbólicos (NOGUEIRA, 2009).

O *capital simbólico* seria um crédito ou poder atribuído àqueles que obtiveram reconhecimento suficiente para ter condição de impor suas determinações. Dessa forma, o *capital simbólico* confere legitimidade através do *poder simbólico* de um agente ou grupo devido ao seu reconhecimento dentro de determinado *campo*. Essa relação pode ser completada pela noção de violência simbólica que se exerce de forma tática dos que a sofrem e com alguma frequência dos que a exercem (GONÇALVES, 2010).

As relações estabelecidas em determinado campo de um espaço social vai desencadear o que Bourdieu (2012) chamou de *habitus*, que pode ser descrito como determinados agentes situados em determinado *campo* da sociedade, que, em dada conjuntura, são influenciados pelas estruturas e tendem a reproduzi-las. Assim, mediante imprevistos e desafios que surgem, a tendência é que esses profissionais reproduzam o modelo que vivenciam ao invés de realizarem tentativas de uma nova prática.

De acordo com Gonçalves (2010), o *habitus* é ao mesmo tempo coletivo e individual, incorporando-se no agente de tal forma que é o próprio agente em um processo de interiorização, reproduzindo internamente nele as estruturas externas do mundo que está a vivenciar. O *habitus* funcionaria como um esquema de ação, de percepção e de reflexão, que está presente no corpo e na mente, como em posturas e gestos e maneiras de ver e classificar da coletividade de um determinado campo, operando distinções.

Uma vez descritos os conceitos de Bourdieu, devemos relacioná-los com a EPS realizada nas equipes de saúde da família. Conforme vimos nos capítulos anteriores, as atividades educativas devem se desenvolver de maneira horizontal, valorizando os saberes dos membros da equipe com aprendizagem significativa, levando em consideração a realidade local, como conceito de clínica ampliada e trabalho em equipe.

Essa unidade de saúde da família é composta por profissionais com graduação, especialização, mestrado ou doutorado, que seriam o médico, o dentista e o enfermeiro. Além destes, fazem parte profissionais com nível de escolaridade técnico, que seriam o técnico de enfermagem e o auxiliar de consultório dentário. A equipe termina sua composição pelos agentes comunitários de saúde (ACS), que possuem quase que em sua totalidade nível fundamental ou médio de ensino formal.

Analisaremos, dentro do espaço social da saúde, o *campo* da equipe de saúde da família e seus *habitus* relacionados a EPS. O que permite estruturar o universo social desse campo é a posse de diferentes tipos de *capital*, portanto a posição dos agentes depende do volume e da estrutura de seu *capital*, determinando o que cada um pode fazer. Assim, os

agentes que possuem mais capital econômico tendem a ter também mais *capital cultural, social e simbólico*.

Devido a esse fato, podemos perceber que as ações em saúde não se dão de forma democrática, como na EPS, mas sim de forma vertical como na educação continuada, principalmente pela não valorização dos saberes dos ACS, o que representa uma grande falha, uma vez que eles são a ligação da equipe com a comunidade assistida, e, além disso, fazem parte dessa comunidade, pois habitam nesta região. Mesmo que não disponham de conhecimento e linguagem formal, além de conhecerem melhor os problemas, desafios e potencialidades desta comunidade, os ACS fazem parte dela e usufruem do serviço de saúde prestado a ela. Quando não valorizamos os agentes no processo educativo, estamos simplesmente nos negando a ouvir os indivíduos que vão receber nossos cuidados educativos em saúde.

Em suas interações, os agentes, dotados do mesmo tipo de *habitus*, tendem a executar suas ações de acordo com as reações e expectativas criadas em torno de si mesmos. Isso acontece porque o *habitus* é o grande impregnador das práticas dos agentes. A *violência simbólica* em Bourdieu (2012) se aplica nesse campo, pois, os indivíduos que representam formas dominantes de cultura buscam manter sua posição privilegiada, apresentando seus bens culturais como naturalmente ou superior aos outros.

Com isso são criados os sistemas simbólicos, como instrumentos de conhecimento e comunicação, exercendo poder estruturante porque são estruturados no *poder simbólico* de construção e reprodução da realidade, que tende a estabelecer uma ordem vigente (*Ibidem*).

Muitas vezes, o grupo dominado age de forma a reconhecer a superioridade da cultura dominante e, em alguma medida, converter-se a ela, ocorrendo em poucas vezes uma contraposição a esta cultura dominante por parte da cultura dominada. Além disso, está sujeito a mecanismos de coerção que favorecem o acatamento e o constrangimento quando existe o desejo de algo diferente, compreendido pelo grupo como algo fora do seu alcance ou do seu lugar (GONÇALVES, 2010).

Diante deste fato, estabelecem-se as hierarquias simbólicas que reforçam as estruturas de dominação social por restringirem a mobilidade dos indivíduos. Não bastaria ao sujeito ter determinado conhecimento para ter outra posição no campo, pois isso dependeria de certo *capital social, econômico, cultural e simbólico*, uma vez que o *capital econômico* e o *social* auxiliam na aquisição de *capital cultural*, reforçando o *capital simbólico*, o *poder simbólico* e as hierarquias simbólicas (BOURDIEU, 2005).

Segundo Bourdieu (2012, p. 119):

O efeito simbólico exercido pelo discurso científico, ao consagrar um estado das divisões e da visão das divisões, é inevitável na medida em que os critérios ditos objetivos, precisamente os que os doutos conhecem, são utilizados como armas nas lutas simbólicas pelo conhecimento e pelo reconhecimento. Eles designam as características em que pode firmar-se a ação simbólica de mobilização para produzir a unidade real ou crença na unidade... e em particular por intermédio de ações de imposição e de inoculação da identidade legítima.

Destarte, todos os sujeitos pertencentes a este *campo* sofrem e exercem influência deste e sua importância varia de acordo com sua posse dos diferentes tipos de *capitais* e interesses e individuais. Esse *campo*, por sua vez, sofre ação de um contexto social mais amplo do que foi construído por décadas. Na prática, na ESF, no que diz respeito às práticas pedagógicas, existe uma hegemonia de um grupo que possui diploma de nível superior sobre o outro grupo que não possui. Com isso, constitui-se, nesse *campo*, através do seu *habitus*, uma falácia na qual os dentistas, médicos e enfermeiros possuem mais conhecimentos do que os demais membros da equipe, o que é totalmente incoerente com uma prática de EPOS e com a estratégia e a política de EPS, que não levam em conta somente o conhecimento formal e a posse dos diferentes tipos de *capitais*.

É preciso desvendar os processos e mecanismos de funcionamento desse campo, visando contribuir para que todos os agentes tomem consciência dos processos, questionando-os e buscando minimizar essa lógica. Para isso, é necessária uma pedagogia democrática, libertadora e autônoma, na qual certos padrões culturais científicos não são considerados superiores a outros, em que o papel central não está nos detentores de maior volume de capital. Busca-se a quebra de hierarquias simbólicas que reforçam a divisão social dentro do campo descrito.

3 – PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 – TIPO DE PESQUISA

O presente estudo possui natureza descritiva com abordagem quantiquantitativa, com a proposta de pesquisa ação. De acordo com Thiollent (2011), a pesquisa ação é voltada para a descrição de situações reais e concretas vivenciadas pelos atores de determinado estudo, na qual se busca resolução para os problemas efetivamente detectados por esse grupo. Ainda de acordo com o Thiollent (2011), esse tipo de pesquisa tem dois grandes objetivos: o primeiro é um objetivo prático, de contribuir para o melhor equacionamento do problema central da pesquisa, buscando soluções viáveis e propostas de ações correspondentes a estas soluções; o segundo é o objetivo de conhecimento, que poderia contribuir tanto para ampliar nosso domínio acerca de determinado tema, quanto para nos dar maior sustentação em nossa capacidade de ação ou mobilização.

O presente estudo contou com as seguintes etapas: elaboração do problema de pesquisa, objeto de estudo, objetivos, questões norteadoras e relevância do estudo; levantamento do referencial teórico por meio de bibliotecas físicas com base de dados virtuais para a escolha da metodologia e construção da revisão de literatura; qualificação do projeto; submissão do projeto ao comitê de ética – após aprovação do comitê de ética, com CAE n° 21346513.9.0000.5243, os possíveis participantes do estudo foram convidados a participar da pesquisa e, os que concordaram, assinaram autorização do termo de consentimento livre e esclarecido (apêndice) –; realização de entrevista semiestruturada, por meio de questionário presente no apêndice (dias 25 e 26 de novembro de 2013); tratamento dos dados, que ocorreu de acordo com a análise do discurso do sujeito coletivo de Lefèvre e Lefèvre (2003); uma oficina, no dia 24 de março de 2014, com duas horas de duração, na qual foram expostos os dados obtidos, bem como explicado os conceitos e possíveis aplicações da educação continuada, educação popular e educação permanente em saúde, com a participação de vinte trabalhadores das equipes; realização de um encontro através de grupo focal no dia 31 de março de 2014, com três horas de duração, para a elaboração de um plano de intervenção que

busque a implementação/manutenção da EPS nestas equipes de acordo com as diretrizes da PNEPS e com a participação de 24 trabalhadores⁵.

Utilizaram-se as etapas para iniciar o plano de intervenção em EPS no PSF Pilar V, de acordo com as propostas por Brasil (2000, p. 12):

1. Levantamento das necessidades educativas dos profissionais através de grupos de discussão;
2. Elaboração dos objetivos de aprendizagem nos grupos de discussão;
3. Seleção de conteúdos ou temas através de participação da equipe;
4. Definição dos métodos e técnicas de ensino-aprendizagem;
5. Organização sequencial do currículo/grade programática;
6. Definição das atividades;
7. Execução do programa com contínua avaliação do processo e dos resultados.

A opção pela pesquisa ação neste estudo ocorreu em virtude da sua proposta como método que, segundo Thiollent (2011), é o conjunto de procedimentos com a finalidade de interligar conhecimento e ação, ou extrair novos conhecimentos, através da busca pelo pesquisador e os outros atores envolvidos em formular conceitos, buscar informações sobre determinada situação o que irá resultar em ações, aprendizado, transformação e melhora. A pesquisa ação converge com o produto final da pesquisa, que será o plano de intervenção, pois possibilita o dialogo contínuo entre teoria e prática na formulação de uma ação que busca reflexão e ensino aprendizagem de forma a melhorar as ações de EPS no cenário da pesquisa.

O presente estudo se enquadra na pesquisa ação por atender aos pressupostos desta, de acordo com Thiollent (2011):

Há uma ampla e explícita interação entre pesquisador e pessoas implicadas na situação a ser investigada; Desta interação resulta a ordem de prioridades dos problemas a serem pesquisados e das soluções a serem encaminhadas como ações concretas; O objetivo da pesquisa ação consiste em resolver ou, pelo menos, em esclarecer os problemas da situação observada; Há, durante o processo, um acompanhamento das decisões, das ações e toda atividade intencional dos atores da situação.

3.2 – CENÁRIO DA PESQUISA

⁵ A diferença de quatro participantes entre a oficina, no dia 24 de março, e a reunião, em 31 de março de 2014, se deu devido à licença médica e férias dos profissionais.

O cenário do estudo foi a unidade de saúde da família do Pilar, que aloca três equipes (PSF Pilar III, IV e V) e localiza-se no segundo distrito do município de Duque de Caxias, situado na Baixada Fluminense, no estado do Rio de Janeiro. Tem uma população aproximada de 873.921 habitantes segundo dados do IBGE (2013).

Segundo a mesma instituição, no mesmo ano, o PIB do município de Duque de Caxias (RJ) é o 21º maior no ranking nacional e o 3º maior do estado do Rio de Janeiro, tendo um total de arrecadação em torno de 26,8 bilhões. Contudo, segundo o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), em estudo realizado em 2013, o município está ranqueado no que diz respeito ao Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)⁶ na 1.574ª posição no ranking nacional e 49ª no estado do Rio de Janeiro.

Nesse contexto, vale a pena salientar que as equipes Pilar III, IV e V passaram por dificuldades estruturais severas no período do estudo. As maiores dificuldades que estes profissionais enfrentaram estão relacionadas à estrutura física, material permanente da unidade e regularidade de abastecimento de insumos. O local possui espaço satisfatório em um prédio com dois andares, cada equipe possui uma sala de espera; um consultório para atendimento médico/enfermeiro e um banheiro. Também existe um consultório odontológico amplo com duas cadeiras de atendimento, uma sala de vacina, um consultório ginecológico e uma sala de procedimentos para uso coletivo das três equipes e um banheiro exclusivo para os usuários. A unidade possui um pátio amplo e muitas cadeiras. Infelizmente, a unidade possui infiltrações graves no teto que levaram ao fechamento do segundo andar do prédio, redução do espaço do atendimento e perda de material permanente da unidade como arquivos de metal, armários, manuais do ministério da saúde, prontuários de usuários, televisor, etc. Como se isso não bastasse, estas equipes não possuíam abastecimento de água para o prédio e para consumo de outubro de 2012 até abril de 2014. Devido a essas condições, os serviços prestados aos usuários ficavam extremamente limitados, bem como a motivação dos trabalhadores. Foi nesse cenário que o estudo foi realizado.

A opção por incluir uma unidade com três equipes de saúde da família ocorreu devido à liberação da Secretaria Municipal de Saúde de Duque de Caxias autorizar a realização da

⁶ Segundo o PNUD, atualmente, os três pilares que constituem o IDH (saúde, educação e renda) são mensurados da seguinte forma: uma vida longa e saudável (saúde) é medida pela expectativa de vida; o acesso ao conhecimento (educação) é medido por: I) média de anos de educação de adultos, que é o número médio de anos de educação recebidos durante a vida por pessoas a partir de 25 anos; e II) a expectativa de anos de escolaridade para crianças na idade de iniciar a vida escolar, que é o número total de anos de escolaridade que uma criança na idade de iniciar a vida escolar pode esperar receber se os padrões prevalentes de taxas de matrículas específicas por idade permanecerem os mesmos durante a vida da criança; e o padrão de vida (renda) é medido pela Renda Nacional Bruta (RNB) per capita expressa em poder de paridade de compra (PPP) constante, em dólar, tendo 2005 como ano de referência.

pesquisa como um estudo potencial com o recorte destas três equipes apenas. De acordo com Thiollent (2011), na pesquisa ação o conhecimento a ser cortejado e passível de parciais generalizações no estudo de problemas sociológicos ou educacionais pode ser realizado dentro de um pequeno número de unidades.

Além disso, Leopardi (2001) afirma que na pesquisa de abordagem qualitativa, o tamanho da amostra não precisa necessariamente ser elevado. Em geral, quando os dados tornam-se significativamente repetitivos, pode-se considerar a amostra suficiente. Esta decisão deve ser tomada com base na percepção do próprio pesquisador acerca da saturação dos achados.

3.3 – PARTICIPANTES DA PESQUISA

Fizeram parte deste estudo 24 profissionais das equipes de saúde da família Pilar III, IV e V: dois médicos, dois enfermeiros, três dentistas, um Assistente de Consultório Dentário (ACD), três técnicos de enfermagem e treze Agentes Comunitários de saúde (ACS).

Os mesmos concordaram em participar do estudo e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (apêndice) e estavam enquadrados nos critérios de inclusão: trabalhar na Unidade de Saúde da Família Pilar III, IV e V e exercer a função de enfermeiro, médico, dentista, ACD, ACS ou técnico de enfermagem. Ainda que enquadrado nos critérios anteriores, foi necessário que o participante estivesse fora dos critérios de exclusão: trabalhar há menos de um ano nessa unidade e não ter usufruído de licença igual ou superior a seis meses, por qualquer razão, no período de um ano anterior às entrevistas. Para melhor compreensão, segue o quadro 2 com o número de participantes de acordo com a equipe. Vale a pena salientar que três trabalhadores (ACS) não puderam participar do estudo, pois se enquadravam nos critérios de exclusão e um trabalhador (ACS) não aceitou participar do estudo.

Quadro 2 – Total de profissionais cadastrados nas equipes de saúde da família Pilar III, IV e V

Categoria profissional	Equipe de saúde da família			Total
	Pilar III	Pilar IV	Pilar V	
Médico	1	0	1	2
Enfermeiro	1	1	0	2
Dentista	1	1	1	3
Técnico de enfermagem	1	1	1	3
ACD	0	1	0	1
ACS	5	5	3	13
Total	9	9	6	24

Fonte: Lopes, 2014.

No que diz respeito aos vínculos empregatícios desses profissionais, vale destacar que os médicos, dentistas e enfermeiros possuem vínculo estatutário, os demais trabalham por meio de contrato de trabalho que, normalmente, tem vigência anual, sendo renovado após seu término. A maior parte da equipe não possui vínculo laboral seguro e a maior parte desses trabalhadores já exerce suas funções há mais de sete anos nessa situação precária.

3.4 – ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

A pesquisa foi desenvolvida respeitando as diretrizes estabelecidas na Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, que discorre acerca das condutas éticas a serem realizadas com pesquisas que envolvem seres humanos.

Por pesquisa envolvendo seres humanos, a resolução 466/12 traz a seguinte disposição preliminar:

A presente Resolução incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, referenciais da bioética, tais como, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros, e visa a assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado (BRASIL, 2012).

A pesquisa, no que tange aos preceitos éticos e autorização para a coleta de dados, seguiu os princípios da Resolução 466/12. O projeto foi submetido à aprovação na instituição proponente da pesquisa através do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Antônio

Pedro/Niterói/RJ – CEP HUAP, com nº 21346513.9.0000.5243, e a concessão para a pesquisa por parte da instituição coparticipante através da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do município de Duque de Caxias.

Para a realização das entrevistas, cada profissional foi conduzido a local adequado e informado, minuciosamente, sobre a finalidade, justificativa, objetivos, métodos e procedimentos utilizados no estudo, bem como os seus riscos e benefícios em linguagem clara e acessível, sendo assegurado ao convidado participar do estudo tempo adequado para tomar sua decisão. Em seguida aqueles que concordaram em participar do estudo assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (apêndice) em duas vias, uma para o participante e outra para o pesquisador.

Visando atender a Resolução 466/12, atualmente em vigor, que estabelece que toda pesquisa tem risco, cabe ressaltar que esta pesquisa apresenta risco mínimo, pois são estudos que não realizarão intervenções ou modificações intencionais nas variáveis fisiológicas, psicológicas e sociais das pessoas que participam no estudo. Ela oferece a possibilidade de gerar conhecimento sem afetar o bem-estar dos participantes e da coletividade. Além disso, tem o potencial de gerar benefícios cujos efeitos continuarão a se fazer sentir após sua conclusão, estimulando mudanças de costumes ou comportamentos que podem culminar num melhor processo de trabalho no que diz respeito aos processos educativos realizados por estas equipes que têm influência direta sobre a assistência prestada à população da região.

3.5 – TÉCNICA DE COLETA DE DADOS

A técnica para coleta de dados para o estudo proposto foi a entrevista com roteiro semiestruturado, realizada nos dias 25 e 26 de novembro de 2013. Para tanto, foi elaborado como instrumento um roteiro (apêndice) para conduzir a entrevista.

As entrevistas foram gravadas em *mp3*, com a identidade dos entrevistados preservada, garantindo o sigilo.

Além das entrevistas, foi realizado um grupo focal no dia 24 de março de 2014 e outro grupo no dia 31 de março de 2014.

3.5.1 – Oficina

Para a escolha da data da apresentação dos resultados, levou-se em conta a disponibilidade do maior número possível dos profissionais entrevistados na primeira etapa da coleta de dados. Após a coleta dos dados da entrevista, a etapa seguinte foi apresentar os dados conforme a metodologia de Thiollent (2011).

Os resultados foram apresentados nas equipes Pilar III, IV e V, no dia 24 de março de 2014, de 8h às 10h, utilizando como recurso audiovisual *lap top e data show*, em que 20 dos 24 profissionais entrevistados foram conduzidos a uma sala reservada. Foram expostos num primeiro momento os quadros presentes na análise e discussão das entrevistas. Essa apresentação durou em torno de quarenta minutos. Posteriormente foi aberto ao grupo três questionamentos: O que é EPS? O que é ECS? O que é EPOS?

Realizou-se uma discussão acerca desses questionamentos, não somente em relação aos seus conceitos, mas também em relação a possíveis aplicabilidades. Um quadro foi montado para que os participantes, de forma facultativa, colocassem uma ou duas palavras em cada uma das estratégias educativas para que, depois, fossem elaborados de forma coletiva os conceitos e aplicabilidades. Como modelo para conduzir a parte final dessa oficina, tivemos o quadro 3.

Quadro 3 – Palavras-chave para elaboração dos conceitos de EPS, ECS e EPOS

MODALIDADE EDUCATIVA	PALAVRAS-CHAVE
EPS	
ECS	
EPOS	

3.5.2 – Grupo focal

O grupo focal foi realizado no dia 31 de março de 2014, de 9h às 12h, utilizando como recursos audiovisuais *lap top e data show*, em que 20 dos 24 profissionais participaram do grupo focal para elaborar um plano de intervenção que buscasse implementar/manter as atividades de EPS baseado nas sete etapas propostas pelo Ministério da Saúde em Brasil (2007a), conforme citado na página 32.

3.6 – TIPO DE ANÁLISE DOS DADOS

Após a transcrição das entrevistas, foi realizada uma leitura minuciosa dos dados obtidos, visando facilitar a compreensão e tornar a análise e discussão dos dados mais didática. Utilizou-se a análise do discurso do sujeito coletivo de Lefèvre e Lefèvre (2003), que caracteriza-se pela organização e tabulação de dados qualitativos, obtendo-se, de cada um dos depoimentos, as ideias centrais e/ou as ancoragens e as correspondentes expressões-chave, de forma a compor um ou vários discursos-síntese na primeira pessoa do singular para obter a ideia ou o pensamento coletivo, considerando-se a opinião coletiva como fato empírico.

4 – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 – CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

No intuito de atender ao primeiro objetivo específico deste estudo, que é descrever como os profissionais desta unidade de saúde da família entendem e definem educação permanente em saúde, iniciamos a resposta da referida pergunta com a caracterização dos participantes do estudo, visto que esta poderá nos fornecer mais subsídios para o esclarecimento do objetivo.

Conforme apresentado no quadro 4, serão discutidas inicialmente as variáveis sexo, idade, escolaridade, profissão/ocupação, tempo de formação, tempo de trabalho na ESF, quantidade de empregos, horas trabalhadas por semana e horas empregadas em EPS por semana. Participaram da pesquisa 24 integrantes das equipes PSF Pilar III, IV e V. Desses 21 são do sexo feminino e 3 do sexo masculino. A idade variou de 28 a 57 anos, tendo uma média de 41 anos e 6 meses de idade.

No que diz respeito à escolaridade, um participante apresenta mestrado concluído, seis possuem especialização concluída, um ensino superior completo, um ensino superior incompleto, quatro ensino técnico concluído, dez ensino médio e um ensino médio incompleto, conforme quadro 4.

Em relação à profissão/ocupação, participaram treze agentes comunitários de saúde, três dentistas, três técnicos de enfermagem, dois enfermeiros, dois médicos e um assistente de consultório dentário. O tempo de formação variou de dois a trinta anos, apresentando uma média de treze anos e cinco meses. O tempo de trabalho na ESF variou de seis meses a catorze anos, com uma média de sete anos e seis meses.

No quadro 5, foram analisadas as variáveis renda individual, renda familiar, se o profissional possuía filhos, quantidade de filhos, filhos na escola privada, quantidade de filhos na escola privada e percentual da renda familiar empregada na escola privada. No que se refere à renda individual, conforme quadro 5, dez participantes são remunerados de R\$ 500 a R\$ 1.000 por mês, oito participantes de R\$ 1.000 a R\$ 2.000 por mês, um participante de R\$ 6.000 a R\$ 7.000 por mês e cinco participantes mais de R\$ 7.000 por mês.

No que diz respeito à renda familiar, 1 participante tem sua remuneração na faixa de R\$ 500 a R\$ 1.000 por mês, nove participantes de R\$ 1.000 a R\$ 2.000 por mês, cinco participantes de R\$ 2.000 a R\$ 3.000 por mês, um participante de R\$ 3.000 a R\$ 4.000 por

mês, um participantes de R\$ 4.000 a R\$ 5.000 por mês, e sete participantes mais de R\$ 7.000 por mês.

Em relação aos filhos, de acordo com quadro 5, dezesseis participantes possuem filhos e oito não possuem filhos. Dos participantes que possuem filhos, a variação em relação à quantidade foi de um a quatro filhos, num total de 31 filhos; nove participantes possuem pelo menos um filho na escola privada e sete não possuem filhos na escola privada. Dos participantes que possuem filhos na escola privada, a variação foi de um a quatro filhos na escola privada, num total de dezessete filhos que estudam nessas instituições. O valor percentual da renda familiar empregada para os filhos estarem na escola apresenta a variação de 5% a 25%, tendo uma média 18,5%. Em relação à quantidade de empregos, a variação foi de um a quatro, com média de 1,4.

No quadro 4, que diz respeito a horas trabalhadas por semana, a variação foi de 32h a 64h, com média de 35,4h. A quantidade de tempo por semana dedicada à EPS variou de 0 a 32h, com média de 11,5h. Se observarmos com mais atenção o tempo que os participantes alegam empregar na EPS, perceberemos que existe um equívoco em alguns casos, visto que mesmo se somarmos o tempo das atividades educativas tanto em um ambiente formal quanto no informal, esse período dificilmente ultrapassaria quinze horas semanais. Seguem os quadros 4 e 5 com a caracterização dos participantes da pesquisa:

Quadro 4 – Características de formação e atuação profissional dos participantes da pesquisa

CARACTERÍSTICA		QUANTIDADE OU VARIAÇÃO
SEXO	Masculino	3 homens
	Feminino	21mulheres
IDADE		28-57 Anos
CARACTERÍSTICA		QUANTIDADE OU VARIAÇÃO.
ESCOLARIDADE	Mestrado completo	1 participante
	Especialização completa	6 participantes
	Ensino superior completo	1 participante
	Ensino superior incompleto	1 participante
	Ensino técnico	4 participantes
	Ensino médio	10 participantes
	Ensino médio incompleto	1 participante

PROFISSÃO/ OCUPAÇÃO	ACS	13 participantes
	Téc. Enf.	3 participantes
	Dentista	3 participantes
	Enfermeiro	2 participantes
	Médico	2 participantes
	ACD	1 participante
TEMPO DE FORMAÇÃO	1-5 Anos	4 participantes
	6-10 Anos	7 participantes
	11-15 Anos	3 participantes
	16-20 Anos	2 participantes
	21-25 Anos	5 participantes
	16-30 Anos	3 participantes
TEMPO NA ESF	1-5 Anos	7 participantes
	6-10 Anos	10 participantes
	11-14 Anos	7 participantes
QUANTIDADE DE EMPREGOS	1	16 participantes
	2	6 participantes
	3	1 participante
	4	1 participante
HORAS TRABALHADAS POR SEMANA	20h	1 participante
	32h	18 participantes
	36h	1 participante
	49h	1 participante
	52h	1 participante
	62h	1 participante
	64h	1 participante

HORAS EMPREGADAS EM EPS POR SEMANA	0h	5 participantes
	1-5h	5 participantes
	6-10h	4 participantes
	11-15h	2 participantes
	16-20h	3 participantes
	25-30h	3 participantes
	31-35h	2 participantes

Fonte: LOPES, 2014.

Quadro 5 – Características socioeconômicas dos participantes da pesquisa

CARACTERÍSTICA		NÚMERO DE PARTICIPANTES
RENDA INDIVIDUAL	R\$ 500 – R\$ 1000	10 participantes
	R\$ 1000 – R\$ 2000	8 participantes
	R\$ 6000 – R\$ 7000	1 participante
	> R\$ 7000	5 participantes
CARACTERÍSTICA		NÚMERO DE PARTICIPANTES
RENDA FAMILIAR	R\$ 500 –R\$ 1000	1 participante
	R\$ 1000 –R\$ 2000	9 participantes
	R\$ 2000 –R\$ 3000	5 participantes
	R\$ 3000 –R\$ 4000	1 participante
	R\$ 4000 –R\$ 5000	1 participante
	> R\$ 7000	7 participantes
FILHOS	SIM	16 participantes
	NÃO	8 participantes
QUANT. DE FILHOS	0	8 participantes
	1	7 participantes
	2	5 participantes
	3	2 participantes
	4	2 participantes

* FILHOS NA ESC. PRIVADA	SIM	9 participantes
	NÃO	7 participantes
*QUANT. DE FILHOS NA ESC. PRIVADA	1	5 participantes
	2	2 participantes
	4	2 participantes
% DA RENDA FAM. EMPREG. NA ESC. PRIVADA	**0%	2 participantes
	5-10%	1 participante
	11-20%	4 participantes
	21-25%	2 participantes

Fonte: LOPES, 2014. * Computado somente os participantes que declararam ter filhos; ** O valor de 0% foi justificado por bolsa de estudos integral.

Analisando algumas características dos participantes do estudo e dividindo-os por nível de escolaridade, de acordo com a função exercida, temos o quadro 6.

Quadro 6 – Características dos participantes dividida por nível de escolaridade de acordo com a função exercida na estratégia de saúde da família

CARACTERÍSTICA ANALISADA	MÉDIA DO PARÂMETRO ANALISADO POR NÍVEL DE ESCOLARIDADE POR FUNÇÃO DO PROFISSIONAL		
	NÍVEL SUPERIOR	NÍVEL TÉCNICO	NÍVEL MÉDIO
Renda individual	Maior que R\$ 7000	R\$ 1000-R\$2000	R\$500-R\$1000
Renda familiar	Maior que R\$ 7000	R\$2000-R\$3000	R\$ 1000-R\$2000
Quantidade de filhos na escola privada	1,6 filhos	1 filho	0,6 filho
Percentual da renda familiar empregada na escola privada	15%	23,5%	21,6%
Quantidade de horas trabalhadas por semana	43,1h	32,7h	32,3h
Quantidade de horas dedicadas a EPS por semana	2,7h	13,2h	15,7h

Fonte: LOPES, 2014.

Analisando o quadro 6, que consiste na média de algumas variáveis dos quadros 4 e 5, de acordo com o grupo que este profissional está inserido e no que diz respeito ao seu trabalho na ESF, temos o nível superior composto por médicos, dentistas e enfermeiros, o nível técnico, pelas técnicas de enfermagem e a auxiliar de consultório dentário, o nível médio está relacionado aos agentes comunitários de saúde. Desse modo, percebemos discrepâncias tanto em relação a dados socioeconômicos quanto em relação aos dados profissionais.

Vale destacar que os participantes que possuem maior nível de escolaridade possuem maior renda individual e familiar, têm mais filhos estudando em instituições privadas e empregando um percentual menor da renda familiar para este fim em relação aos participantes com nível de escolaridade menor.

Outro ponto importante é que, quanto mais baixo o nível de escolaridade, menor é a quantidade de horas trabalhadas por semana, mas em contrapartida, quanto menor a escolaridade, maior a quantidade de horas dedicadas a EPS pelos profissionais. Vale destacar que os participantes alegaram dedicar determinada quantidade de tempo a EPS de acordo com o seu conceito sobre este tema.

Em relação aos ACS, uma possui nível superior completo e continua trabalhando nesta função e outra está cursando nível superior. Estabelecendo um diálogo com as ideias de Bourdieu, podemos dizer que pessoas oriundas da classe não dominante econômica e cultural podem ter acesso aos níveis de escolaridade mais elevados, contudo o que pode ocorrer é um fenômeno da desvalorização, que resulta da multiplicação dos seus diplomas e de seus detentores. Portanto, ao final de uma grande jornada por um melhor nível de escolaridade que provavelmente exigiu grandes sacrifícios, essa pessoa vai receber um diploma não tão valorizado quanto deveria e, se fracassar, aparentemente continuará sua vida de exclusão, ficando estigmatizada à medida que tiver uma oportunidade (GONÇALVES, 2010).

No caso da classe não dominante, o investimento na educação ofereceria um retorno baixo, incerto e de longo prazo, uma vez que as famílias não possuem recursos econômicos que possam potencializar o valor dos títulos que foram obtidos e, com isso, o retorno do investimento realizado seria baixo. Para um indivíduo integrar à classe dominante em determinado campo teria que ter acesso ao *capital cultural* bem como ao *capital econômico* e ao *capital simbólico* (NOGUEIRA, 2009).

4.2 – ANÁLISE E DISCUSSÃO A PARTIR DE COMO OS PROFISSIONAIS ENTENDEM E DISCUTEM EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

Ainda com o intuito de responder ao primeiro objetivo específico deste estudo, que é descrever como os profissionais desta unidade de saúde da família entendem e definem educação permanente em saúde foi utilizada, na formulação dos resultados da entrevista, a análise do discurso do sujeito coletivo de Lefèvre e Lefèvre (2006). Na análise das respostas das nove perguntas da entrevista, foi utilizada a síntese das ideias centrais com a proporção das repostas por pergunta.

Quadro 7 – Padrões de resposta com proporção referentes à pergunta 1: O que o sr(a) entende por educação permanente em saúde?

PADRÕES DE RESPOSTA		PERCENTUAL
A	Capacitações sobre diversos temas para os profissionais	37.5%
B	Orientações de saúde ao usuário	29.1%
C	Palestras para os profissionais	4.2%
D	Palestras para os usuários	4.2%
E	Aprendizagem no serviço através da prática reflexiva	12.5%
F	Não sabe o que significa	12.5%

Fonte: LOPES, 2014

Podemos perceber, pelo quadro 7, um equívoco no que diz respeito à EPS enquanto estratégia, pois houve seis padrões diferentes de resposta. A maior parte dos profissionais, 87,5%, confundiram EPS com outras modalidades educativas como EC (Padrões de resposta A e C = 41,7%), EPOS (Padrões de resposta B e D = 33,3%) ou não sabem o que significa. Apenas 12,5% conhecem o conceito da estratégia correto da EPS. É importante ressaltar que 8,4% dos profissionais associam a EPS a palestras. Uma hipótese plausível para esse resultado é a falta de orientação dos profissionais acerca do tema, o que pode ser confirmado pelo quadro 8, em que apenas 4,2% dos profissionais já realizaram curso com o tema EPS. Do restante dos profissionais, 33,3% relatam ter realizado curso sobre outros temas e 62,5% não realizaram curso algum, totalizando 95,8% que não realizaram curso acerca da EPS. Voltando aos conceitos de Bourdieu e relacionando-os com o acesso de todos os membros das equipes a cursos que abordem e promovam a estratégia da EPS, poderia se promover uma transformação na percepção e reflexão das práticas educativas, buscando redesenhar o *habitus* por meio de um certo “nivelamento” dos saberes e práticas (*capital cultura, simbólico e social*) e o *poder simbólico* neste *campo* composto por este cenário e seus elementos.

Com isso, esse espaço social, em seus diferentes atores e suas relações que definem a posição de cada um dentro da dinâmica educativa da equipe, seria reorganizada de forma mais igualitária. Para isso, seria necessário que os profissionais realizassem cursos sobre o tema EPS. Nesse contexto, a pesquisa ação torna-se bem relevante uma vez que, segundo Thiollent (2011):

Outra qualidade da pesquisa-ação consiste no fato de que as populações não são consideradas como ignorantes e desinteressadas. Levando a sério o saber espontâneo e cortejando-o com as “explicações” dos pesquisadores, um conhecimento descritivo e crítico acerca da situação com todas as sutilezas e nuances que em geral escapam dos procedimentos padronizados.

Quadro 8 – Pergunta 2: Já realizou algum curso sobre o tema?

PADRÕES DE RESPOSTA		PERCENTUAL
A	Sim, curso de educação permanente em saúde	4.2%
B	Sim, outros temas	33.3%
C	Não	62.5%

Fonte: Lopes, 2014.

Outro fator a ser considerado é apenas 12,5% conhecerem o conceito de EPS como é proposto pela PNEPS. É o grau de investimento da instituição no aprimoramento dos profissionais, conforme podemos evidenciar no quadro 9, em que 70,8% relataram não ter tido investimento da instituição ou pessoal em capacitações ou especializações. E 16,6% dos profissionais tiveram apenas investimento pessoal em capacitações ou especializações, segundo o seu entendimento acerca de EPS. Apenas 8,4% disseram que houve investimento exclusivamente pela instituição em capacitações ou especializações e 4,2% fizeram investimento pessoal e da instituição em capacitações ou especializações.

É fundamental que exista maior investimento da instituição para que, de forma efetiva, a estratégia da EPS possa ser desenvolvida de forma consistente e contínua. Com isso, seria possível agregar valores aos diferentes tipos de *capital* desses trabalhadores e diminuir a *violência simbólica* que existe neste *campo*.

Quadro 9 – Pergunta 5: Nos dois últimos anos, existiu algum investimento pessoal e/ou da sua instituição em EPS? Caso sim, cite.

PADRÕES DE RESPOSTA		PERCENTUAL
A	Sim, investimento pessoal em capacitações ou especializações	16.6%
B	Sim, investimento da instituição em capacitações ou especializações	8.4%
C	Sim, investimento pessoal e da instituição em capacitações ou especializações	4.2%
C	Não houve investimento pessoal ou da instituição	70.8%

Fonte: Lopes, 2014.

Quando questionados acerca da existência de uma dinâmica de EPS no processo de trabalho local, de acordo com o quadro 10, 58,3% dos profissionais disseram que não existe, mas, caso houvesse, poderia trazer benefícios aos usuários. Esses dados são de certa forma incoerentes se comparados aos percentuais de investimento pessoal e/ou da instituição em EPS. Segundo o quadro 10, 33,3% relataram que existia EPS na unidade, contudo sua descrição foi compatível com atividades educativas desenvolvidas na EPOS e 8,3% acreditam que existe EPS na unidade, entretanto seu relato era compatível com atividades de ECS.

Quadro 10 – Pergunta 3: Na sua unidade existe um processo de educação permanente em saúde? () Sim, como o(a) sr(a) descreveria esse processo? () Não, o(a) sr(a) acha que a implantação desse processo poderia trazer benefícios diretos aos usuários?

PADRÕES DE RESPOSTA		PERCENTUAL
A	Sim, educação continuada	8.4%
B	Sim, educação popular	33.3%
C	Não, se existisse poderia trazer benefícios	58.3%

Fonte: Lopes, 2014

No que diz respeito a possíveis melhorias ocorridas com a implantação de EPS, as respostas, presentes no quadro 11, 54,2% dos profissionais acreditam que poderia melhorar a assistência ao usuário, enquanto 20,8% disseram que melhoraria a qualificação do profissional, 16,6% afirmaram que melhoraria as orientações aos usuários e 8,4% creem que a implantação da EPS não faria diferença, ou seja, a EPS não traz significado e este grupo de profissionais.

Quadro 11 – Pergunta 6: Em sua opinião, como a EPS poderia influenciar nas questões da saúde e na qualidade da assistência da população descrita?

PADRÕES DE RESPOSTA		PERCENTUAL
A	Sim, poderia melhorar a assistência	54.2%
B	Sim, poderia melhorar a qualificação profissional	20.8%
C	Sim, melhoraria as orientações aos usuários	16.6%
D	Não faria diferença	8.4%

Fonte: Lopes, 2014.

No que concerne aos possíveis obstáculos para a implantação da EPS na unidade, os dados presentes no quadro 12 mostram que 33,3% dos profissionais apontaram a inadequação da estrutura física da unidade e a falta de incentivo da gestão, 29,1% destacaram estrutura física da unidade e melhores condições de trabalho, 16,1% relataram que as maiores dificuldades são a falta de organização no trabalho e a qualificação dos profissionais, 12,5% fizeram alusão à falta de interesse sobre a EPS, 4,2% destacaram apenas a falta de incentivo da gestão e 4,2% disseram que não existem obstáculos para a implantação. Cabe ressaltar que os trabalhadores exercem suas atividades em um ambiente desestimulante no que diz respeito a condições de trabalho. Nesse contexto, uma pesquisa ação baseada em uma intervenção que valorize o trabalho desses profissionais e estimule as práticas em equipe, visando uma mudança de realidade e o desenvolvimento da EPS, mesmo em condições tão adversas, pode ser extremamente benéfico a esta unidade de saúde da família.

Quadro 12 – Pergunta 4: Em sua opinião, quais obstáculos para a implantação/manutenção da EPS na sua unidade?

PADRÕES DE RESPOSTA		PERCENTUAL
A	Estrutura física da unidade e melhores condições de trabalho	29.1%
B	Falta de incentivo da gestão	4.2%
C	Estrutura física da unidade e falta de incentivo da gestão	33.3%
D	Falta de organização no trabalho e qualificação dos profissionais	16.7%
E	Falta de interesse sobre educação permanente em saúde	12.5%
F	Não existem obstáculos	4.2%

Fonte: Lopes, 2014.

Quando perguntados a respeito de estratégias que pudessem incentivar a EPS em nível local, 25% dos profissionais apontaram a melhoria das condições de trabalho, 20,8% afirmaram que seria trazer os processos educativos para o cotidiano da unidade, 20,8% não souberam opinar, 12,5% destacaram a melhoria da estrutura da unidade, 12,5% acreditam que mais reuniões de equipe incentivariam, e 8,4% reivindicaram incentivo financeiro, segundo o quadro 13. Com isso, percebemos que uma parte significativa dos participantes anseiam por melhorias das condições de trabalho ou em seu processo como um todo. E, ainda, quando observamos o padrão de resposta “F” do quadro 13, percebemos que, de certa forma, existe a necessidade de dar mais sentido aos processos educativos, aproximando-os com a realidade local de forma horizontal.

Quadro 13 – Pergunta 7: Em sua opinião, que estratégias podem motivar os profissionais a participarem das discussões acerca das dinâmicas da EPS em nível local?

PADRÕES DE RESPOSTA		PERCENTUAL
A	Melhorar as condições de trabalho	25%
B	Incentivo financeiro	8.4%
C	Mais reuniões de equipe	12.5%
D	Não sei opinar	20.8%
E	Melhorar a estrutura física	12.5%
F	Trazer os processos educativos para o cotidiano da unidade	20.8%

Fonte: Lopes, 2014.

Quando questionados em relação ao seu papel desenvolvido nas atividades educativas realizadas na unidade, 66,5% dos trabalhadores afirmaram que seu trabalho está centrado na orientação e em palestras aos usuários ou outros profissionais, 12,5% disseram não contribuir, 8,4% não souberam opinar, 8,4% classificaram sua contribuição como pequena ou discreta e 4,2% apontaram sua participação como importante, conforme quadro 14. Assim, a pesquisa ação dentro da lógica da EPS tem o potencial de envolver todos os profissionais, inclusive os que acham que sua contribuição dentro das atividades educativas não seja relevante e os que não contribuem.

Quadro 14 – Pergunta 9: Como o(a) sr(a) descreveria seu papel e sua contribuição para a EPS na unidade que atua?

PADRÕES DE RESPOSTA		PERCENTUAL
A	Orientação e palestras aos usuários ou outros profissionais	66.5%
B	Pequena ou discreta	8.4%
C	Não contribuo	12.5%
D	Não sei opinar	8.4%
E	Importante	4.2%

Fonte: Lopes, 2014.

Quando foi pedido aos trabalhadores que relacionassem os dados da sua formação com a sua participação nas atividades educativas da unidade, 37,5% não perceberam relação, 37,5% relataram que quem tem mais renda tem maior possibilidade de investir na sua educação e complementação da formação, 16,6% não souberam opinar e 8,4% apontaram que o interesse em aprender e melhorar independe da renda do profissional, de acordo com o quadro 15.

Quadro 15 – Pergunta 8: Como o(a) sr(a) relacionaria os dados da sua formação e os dados socioeconômicos desta entrevista com a sua participação na EPS da unidade que atua?

PADRÕES DE RESPOSTA		PERCENTUAL
A	Não Vejo Relação	37.5%
PADRÕES DE RESPOSTA		PERCENTUAL
B	Quem tem maior renda tem maior possibilidade de investir na sua educação	37.5%
C	Interesse em aprender e melhorar independe da renda	8.4%
D	Não sei opinar	16.6%

Fonte: Lopes, 2014.

Podemos novamente nos aproximar de Bourdieu, uma vez que, nesse *campo*, apresenta-se uma impregnação das suas práticas educativas, prevalecendo a EPOS e a EC que, na maioria das vezes, têm a escolha dos temas, metodologias a serem abordados pelos profissionais de nível superior da equipe que possuem maior *capital econômico, social, cultural e simbólico*. Esses profissionais tem um *poder simbólico* grande que lhes é atribuído

pelos outros membros da equipe nesse *campo*, conferindo-lhes força mediante e exercendo, assim, uma *violência simbólica* que está incorporada ao *habitus*, em que a maioria dos profissionais nunca realizou algum curso sobre EPS numa perspectiva educativa de pouco investimento da instituição e/ou pessoal no aprimoramento educativo dos profissionais. O que ocorre nessas equipes é que a maioria dos trabalhadores simplesmente não conhece e nem sabe de que forma se trabalha com EPS, atribuindo a esta características de ECS e EPOS. Isso se torna evidente à medida que a maioria dos trabalhadores descreve a EPS como orientação e palestras aos usuários ou outros profissionais.

Segundo o quadro 10, 58,3% dos profissionais afirmam que, se houvesse um processo de EPS, haveria benefícios no serviço, na assistência e na qualificação profissional.

A impregnação desse *habitus* é reforçada pelas condições de trabalho nas quais os profissionais se encontram, com uma estrutura física totalmente inadequada e com falta de apoio e incentivo da gestão, segundo a maior parte destes profissionais. Isso se torna evidente quando a maior parte desses profissionais aponta como estratégias motivacionais a melhoria das condições de trabalho, mais reuniões em equipe e trazer a realidade dos processos educativos para mais perto do cotidiano das equipes.

Dessa forma, a pré-condição para a ruptura com determinado *campo* ou uma sociedade desigual e nociva, é necessária mais do que a mudança de um único agente, é fundamental o envolvimento de toda sociedade (GONÇALVES, 2010, P.87). Para isso, é importante que os profissionais conheçam os resultados desse estudo para, a partir daí, buscarmos a implantação de um plano de intervenção que permita a inserção da EPS nesta unidade.

5 – CONHECENDO A REALIDADE EDUCATIVA: DISCUTINDO FACILIDADES / DIFICULDADES

No intuito de atender ao segundo objetivo específico deste estudo, que é discutir participativamente possíveis facilidades/dificuldades para a implantação/manutenção da educação permanente em saúde nas equipes de saúde da família, os resultados presentes nos tópicos 4.1 e 4.2 foram apresentados nas equipes Pilar III, IV e V no dia 24 de março de 2014, no período 8h as 10h, utilizando como recurso audiovisual *lap top* e *data show*, em que 20 dos 24 profissionais entrevistados foram conduzidos a uma sala reservada. Após serem expostos os quadros presentes na análise e discussão das entrevistas, foram feitos três questionamentos ao grupo: O que é EPS?; O que é ECS? E o que é EPOS?

Foi proposta uma tabela (quadro 16), na qual os participantes atribuíram de forma facultativa uma ou duas palavra para cada estratégia educativa.

Quadro 16 – Palavras-chave para elaboração dos conceitos de EPS, EC e EPOS

MODALIDADE EDUCATIVA	PALAVRAS-CHAVE
EPS	Integrativa – Aprendizado significativo – Mudança – Equipe – Contínua – Resolver problemas – Coletividade.
EC	Capacitações – Específica – Uniprofissional – Esporádica – Transmissão – Pouca mudança – Excludente.
EPOS	População – Saberes populares – Comunidade – Espaço aberto – Participação popular – Palestras – Grupos.

Depois do debate, concluiu-se que a ECS são capacitações acerca principalmente de assuntos técnicos que podem ser voltadas para toda equipe ou a um grupo específico, em que o tema não necessariamente é escolhido por toda equipe.

Já a EPOS consistem em palestras para os usuários ou a realização de grupos específicos que são formados por características em comum, como por exemplo, grupo de hipertensão arterial e diabetes ou grupo de gestantes. Foi consenso também que estas palestras ou grupos devem ser realizados focando os usuários e incentivando a sua fala e não somente embasado na fala dos profissionais.

No que diz respeito à EPS, esta foi entendida como ensino no serviço, no qual toda a equipe escolhe determinado tema ou problema que julgue importante para o cotidiano do seu processo de trabalho, a partir daí, todos realizam pesquisa e leitura acerca do tema ou

problema. Posteriormente, em uma data definida pela equipe, o tema é debatido, buscando-se uma solução de forma coletiva e levando-se em conta a resolutividade e os recursos locais, as parcerias intersetoriais e a participação da gestão.

6 – INTERVINDO NA REALIDADE EDUCATIVA PELA PESQUISA AÇÃO: PLANEJAMENTO DA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO LOCAL

Na tentativa de contemplar o terceiro objetivo específico deste estudo, que é produzir um plano de intervenção para implementação/manutenção da educação permanente em saúde nas equipes, de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Após serem redesenhados os conceitos educativos, foi realizado um grupo focal no dia 31 de março de 2014, de 9h às 12h, de acordo com as sete etapas propostas por Brasil (2007a). A opção por esse roteiro ocorreu pela facilidade em realizar os desdobramentos das ações planejadas no modelo proposto. Assim, no grupo focal, foram definidas as etapas do primeiro encontro realizado no dia 22 de abril de 2014.

Na primeira etapa, ocorreu o levantamento das necessidades educativas dos profissionais, sendo eleito o tema referente à forma mais adequada de proceder no acolhimento em casos de urgência e emergência.

Na segunda etapa, que compreende a elaboração dos objetivos de aprendizagem nos grupos de discussão, foi acordado que estes objetivos seriam: definir o que é uma urgência, e o que é uma emergência; atribuições comuns e específicas dos membros da ESF nestes casos.

Na terceira etapa, que é a seleção de conteúdos ou temas através da participação da equipe, foi definido que se dará de forma gradual, escolhendo o tema subsequente ao final de cada reunião como foi descrito anteriormente.

Na quarta etapa, que envolve a definição dos métodos e técnicas de ensino-aprendizagem, foi estabelecido que o método para este primeiro encontro será a roda de discussão com uso da problematização, em que serão discutidas situações anteriores vivenciadas pelas equipes buscando contemplar os objetivos de aprendizado do tema.

Na quinta etapa, que compreende a organização sequencial do currículo/grade programática, os profissionais estabelecerão no decorrer das reuniões de EPS.

Na sexta etapa, que é a definição das atividades, os membros da ESF do Pilar III, IV e V estabeleceram que as atividades da primeira reunião de EPS serão a construção do conceito coletivo do que é uma urgência e uma emergência por meio de roda de discussão, posteriormente serão estabelecidas as atribuições específicas e comuns dos trabalhadores e, por fim, discutir experiências anteriores do tema que as equipes vivenciaram e como proceder caso essas experiências voltem a ocorrer.

Na sétima etapa, execução do programa com contínua avaliação do processo e dos resultados, foi proposta uma discussão dos resultados na reunião de equipe semanal,

abordando os aspectos de fácil mensuração, como por exemplo, número de atendimentos de acolhimento de demandas de urgência e emergência e tempo para o primeiro atendimento pela ESF. Além disso, serão discutidos também aspectos de mensuração mais difíceis como a qualidade da assistência nestes casos.

6.1 – PLANO DE INTERVENÇÃO LOCAL

Foi acordado que os encontros formais de EPS serão realizadas, a princípio, em toda última terça-feira do mês, no período de 13h às 16h. Os profissionais se disponibilizaram a aumentar a frequência das reuniões de acordo com a necessidade e a urgência das demandas a serem discutidas. Ao final de cada reunião, será eleito o próximo tema a ser debatido, bem como os meios necessários para contemplá-lo. É importante salientar que todos os profissionais estiveram predispostos a realizar leitura prévia acerca dos temas a serem abordados. Dessa forma, foram garantidos e estruturados os espaços para discussão das necessidades educativas dentro de uma lógica da EPS, assim como, os profissionais reconhecem e se comprometem a pensar e executar a EPS também nos espaços não formais do seu cotidiano de trabalho.

7 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dentro do cenário do estudo, foi demonstrado que é possível reconstruir conceitos e, com isso, redirecionar as estratégias educativas das equipes envolvidas dentro de uma lógica mais semelhante à Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: direcionando as ações para resolução de problemas locais, levando-se em conta o cotidiano da equipe e as necessidades da população e tendo os agentes comunitários de saúde não só como “mensageiros” e “executores” de tarefas, mas como articuladores e elaboradores de mecanismos que busquem melhorar o acesso e a qualidade do serviço de saúde. Para isso, é necessário comprometimento da equipe com seu trabalho e implicação com os cidadãos que fazem uso do Sistema Único de Saúde, pois ainda que sob uma das mais perversas condições de trabalho, tanto do ponto de vista estrutural para todos, quanto de segurança laboral para alguns, foi reconhecida a necessidade de que é possível melhorar.

Existia, na unidade, uma confusão de conceitos por parte dos trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família dentro da amostragem deste estudo no que tange as diferentes estratégias educativas, a educação permanente em saúde (EPS), a educação continuada em saúde (ECS) e a educação popular em saúde (EPOS), que eram tratadas, de certa forma, como sinônimas e não tinham os seus pressupostos definidos de forma clara para todos. Desse modo, as equipes atuavam com as mesmas ações de educação em saúde que se resumem a orientações prescritivas dentro de um contexto de causa e efeito, sem se considerar o forte fator social que permeia a ESF.

De acordo com os resultados deste estudo, foi possível contemplar o objetivo geral e os específicos da pesquisa: conheceu-se a potencialidade para o processo de EPS nas equipes e seu vínculo com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde; descreveu-se como os profissionais da unidade de saúde da família entendem e definem a EPS; discutiu-se, de forma participativa, possíveis facilidades/dificuldades para a implantação/manutenção da EPS nas equipes de saúde da família; confeccionou-se um plano de intervenção para implementação/manutenção da EPS nas equipes, de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS).

Nesse sentido, a implicação dos profissionais com este estudo, dentro da perspectiva da pesquisa ação, possibilitou uma mudança no *habitus* com a construção de plano de intervenção local, que foi importante como uma iniciativa, mas que ainda necessita de aprimoramento constante, pois este deve considerar a participação da população local de forma mais consistente no ambiente formal do planejamento das ações educativas e não

somente nos momentos informais ou executivos. Essa participação torna-se relevante à medida que profissionais, gestores e população local fazem parte do mesmo sistema de saúde embora seu ponto de vista, suas vivências e expectativas não sejam semelhantes em algumas ocasiões. Com isso, a educação permanente em saúde demonstrou grande potencial a partir da discussão crítica que possibilitará às equipes elaborarem suas linhas de cuidado na lógica do sujeito (profissional e usuário) independentemente do volume de *capitais* e do *poder simbólico* que possuam neste *campo*.

A EPS não pode ter a pretensão de resolver todos os problemas de saúde, mas pode colaborar como uma estratégia que promove condições de atendimento às necessidades de saúde dos cidadãos por meio da gestão participativa, do controle social em saúde, das instituições acadêmicas visando a formação dos futuros profissionais para o Sistema Único de Saúde e do comprometimento destes profissionais em redimensionar o desenvolvimento da autonomia das pessoas até a condição de influência na formulação de políticas do cuidado.

REFERÊNCIAS

ALVES, G. G; AERTS, D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 16, n. 1, Jan. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232011000100034&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 05 Abril 2014.

ANDREWS, K. R. O conceito de Estratégia empresarial. In. MINTZBERG, H.; QUINN, J. B. O. **Processo da Estratégia**. 3ª Ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

ARRETCHE, M; MARQUES, E. Municipalização da saúde no Brasil: diferenças regionais, poder do voto e estratégias de governo. **Ciênc. saúde coletiva**, São Paulo , v. 7, n. 3, 2002 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232002000300006&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 05 Junho 2014.

BERBEL, N. A. N. **Problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos?** Interface – Comunic, Saúde, Educ 2 p. 140-154, Fevereiro, 1998.

BOURDIEU, P. **A economia das trocas simbólicas**. São Paulo: Perspectiva, 2005. p. 191.

_____. **O Poder simbólico**. 16. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2012.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. 20 set 1990; Seção 1:018055.

_____. **Educação Permanente/Milton Menezes da Costa Neto, org.** _Brasília: Ministério da Saúde; Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2000 44 p. Educação Permanente. Caderno 3.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS Nº 198 de 13 de fevereiro de 2004**. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 13 fev. 2004a.

_____. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: Pólos de educação permanente em saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2004b, 68 p. – (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

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

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Caderno de educação popular e saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. - Brasília: Ministério da Saúde, 2007a. 160 p. : il. color. - (Série B. Textos Básicos de Saúde)

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GS/MS nº 1.996, de 20 de Agosto de 2007**. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 21 ago. 2007b.

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

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.200, de 14 de setembro de 2011**. Define recursos financeiros do ministério da saúde para a política nacional de educação permanente em saúde. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 15 set. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466 de 12 de Dezembro de 2012**. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União nº 12 – quinta-feira, 13 de junho de 2013 – Seção 1 – Página 59.

CAMPOS, F. E.; AGUIAR, R. A. T.; OLIVEIRA, V. B. **O Desafio da Expansão do Programa de Saúde da Família nas Grandes Capitais Brasileiras**. In: Physis – Revista de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 47-58, 2002.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. Physis, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, jun. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010373312004000100004&lng=pt&nrm=iso>. Acessado em: 10 Junho 2014.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 9, n. 16, Feb. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832005000100013&lng=en&nrm=iso>. Acessado em : 12 Junho 2014.

DAVINI, M. C. Enfoques, Problemas e Perspectivas na Educação Permanente dos Recursos Humanos de Saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009. 64 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 9)

FARAH, B. F. **Educação em serviço, educação continuada, educação permanente em saúde: sinônimos ou diferentes concepções?** Revista APS, v.6, n.2, p.123-125, jul./dez. 2003.

GOMES, L. B.; MERHY, E. E. Compreendendo a educação popular em saúde: um estudo na literatura brasileira. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, Jan. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X201100010002&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 05 Abril 2014.

GONÇALVES, N. G. Pierre Bourdieu: Educação para além da reprodução/ Nadia G. Gonçalves e Sandro A. Gonçalves. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.117p.
IBGE. Censo populacional 2012. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). 2013

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. **O discurso do sujeito coletivo: Um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos).**Caxias do Sul: EDUCS; 2003.
_____. O sujeito coletivo que fala. Interface (Botucatu), Botucatu, v. 10, n. 20, Dec. 2006.

LEOPARDI, M. T. **Metodologia da pesquisa na saúde.** Santa Maria: Palloti, 2001.

MACHADO, M. H. Trabalhadores da Saúde e sua Trajetória na Reforma Sanitária. In: BRASIL, Cadernos RH Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. – Vol.3, n. 1 (mar. 2006) -. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

MANCIA, J. R.; CABRAL, L. C; KOERICH, M. S. Educação permanente no contexto da enfermagem e na saúde. Rev Bras Enferm, Brasília (DF) 2004 set/out;57(5):605-10.

MASSAROLI, A.; SAUPE, R. **Distinção conceitual: educação permanente e educação continuada no processo de trabalho em saúde.** 2005.

MENDES, B. M. M. Formação de professores reflexivos: Limites, possibilidades e desafios. In: **Linguagens, Educação e Sociedade.** Teresina, n.13, p.37-45, 2005.

NOGUEIRA, M. A. **Bourdieu & a Educação** / Maria Alice Nogueira e Cláudio M. Martins Nogueira- 3 ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2009.128p.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD). Atlas do desenvolvimento humano no Brasil. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/atlas/>>. Acesso em: 04 abril 2014.

ROZA, J. R.; RODRIGUES, V. de A. O Programa de Saúde da Família e a regulação dos vínculos institucionais externos. In: BRASIL, Ministério da Saúde. Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análises. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.

SARDINHA PEIXOTO, L. *et al.* Educação permanente, continuada e em serviço: desvendando seus conceitos. Enferm. glob., Murcia, v. 12, n. 29, Jan 2013. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S169561412013000100017&lng=es&nrm=iso>. Acessado em: 15 Agosto 2013.

SILVA, Cristiane Maria da Costa *et al.* Educação em saúde: uma reflexão histórica de suas práticas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 15, n. 5, Ago. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500028&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 05 Abril 2014.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa ação**. 18. Ed. São Paulo: Cortez, 2011.

VALLA, V. V. Educação, saúde e cidadania: investigação científica e assessoria popular. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro , v. 8, n. 1, Mar. 1992 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X1992000100004&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 11 Junho 2014.

_____. Sobre participação popular: uma questão de perspectiva. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro , v. 14, supl. 2, 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X1998000600002&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 11 Junho 2014.

_____. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro , v. 15, supl. 2, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X1999000600002&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 11 Junho 2014.

APÊNDICE I

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Dados de Identificação

Titulo do projeto: Educação permanente em saúde: A percepção e pratica dos profissionais de uma unidade de saúde da família em um município da baixada fluminense- RJ

Responsáveis pela pesquisa: Prof^a Dr^a Marilda Andrade e Mestrando Vinícius de Figueiredo Lopes. Mestrado Profissional em Ensino em Saúde: Formação Interdisciplinar para o SUS da Universidade Federal Fluminense.

Telefones para contato: (21) 9921-4099.

Nome do voluntário:

Idade: _____ **anos. RG** _____

O (A) Sr. (ª) está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa “Educação permanente em saúde: A percepção e pratica dos profissionais de uma unidade de saúde da família em um município da baixada fluminense- RJ” de responsabilidade dos pesquisadores Prof^a Dr^a Marilda Andrade e Mestrando Vinícius de Figueiredo Lopes. O Estudo se propõe a analisar de que forma a Educação Permanente em Saúde que ocorre nas unidades saúde da família Pilar III, IV e V está estruturada de acordo com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS). A pesquisa está fundamentada na parceria entre pesquisadores e participantes, no sentido da mudança ou melhoria dos processos de Educação Permanente em Saúde nestas equipes. O objetivo geral do estudo é: Conhecer a potencialidade para o processo de EPS nas equipes da família Pilar III, IV e V e seu vínculo com a PNEPS. Os objetivos específicos são: Descrever como os profissionais desta unidade de saúde da família entendem e definem EPS; identificar o perfil social e econômico destes profissionais; Discutir participativamente possíveis facilidades/dificuldades para a implantação/manutenção da EPS nestas equipes de saúde da família; produzir um plano de intervenção para implementação/manutenção da EPS nestas equipes de acordo com as diretrizes da PNEPS. Este estudo justifica-se a medida que é um tema de grande importância para as questões relacionadas ao desenvolvimento da Estratégia de Saúde da Família, e por isso, a questão referente à gestão do trabalho, ao processo de trabalho e educação na saúde. A participação na pesquisa é voluntária e qualquer sujeito que se enquadre nos critérios de inclusão poderá optar por não participar ou desistir da pesquisa em qualquer momento do estudo, não sofrendo com isso nenhum tipo de desconforto ou constrangimento na continuidade de sua prática social ou laboral cotidiana. Caso concorde em participar do estudo, você participará de uma entrevista em que se procurará conhecer a sua opinião a respeito dos objetivos da pesquisa. As entrevistas serão gravadas e transcritas integralmente. No decorrer do estudo, os achados preliminares serão devolvidos a todos os participantes por meio de reuniões periódicas, visando problematizar a qualidade da atenção prestada. Durante todo o estudo, você será acompanhado e auxiliado pela pesquisadora, podendo sanar a qualquer momento toda e qualquer dúvida acerca do processo da pesquisa. Em caso de você decidir interromper sua participação no estudo, a pesquisadora deve ser comunicada para que seus dados relativos ao estudo sejam imediatamente excluídos. Seu nome não será revelado ainda que informações relativas à sua entrevista possam ser consultadas pela pesquisadora e pelos Comitês de Ética em Pesquisa do município e da Faculdade de Medicina da Universidade Federal Fluminense do Hospital Universitário Antônio Pedro. Não haverá qualquer custo pela sua participação no estudo. Os encontros serão pré-agendados, em dias e horários convenientes ao seu processo de trabalho.

Eu, _____, RG nº _____ declaro ter sido informado e concordo em participar, como voluntário, do projeto de pesquisa acima descrito.

Duque de Caxias, _____ de _____ de 2013

Assinatura do entrevistado

Assinatura do responsável pela pesquisa

APÊNDICE II

Formulário para a entrevista

IDENTIFICAÇÃO:

Nome: _____ Idade: _____ Sexo: M () F ()

DADOS DE FORMAÇÃO

Escolaridade

- () Ensino fundamental () Ensino médio () Ensino técnico () Ensino Superior
 () Especialização () Mestrado () Doutorado () Pós-Doutorado

Função no Programa de Saúde da Família

- 1- Qual é a sua profissão no Programa de Saúde da Família? Há quanto tempo o Sr(a) se formou?
 2- A quanto tempo você trabalha no PSF?

DADOS SOCIOECONÔMICOS

Renda Individual em Reais

- () Até 500,00 () 500,01 a 1000,00 () 1000,01 a 2000,00 () 2000,01 a 3000,00 () 3000,01 a 4000,00
 () 4000,01 a 5000,00 () 5000,01 a 6000,00 () 6000,01 a 7000,00 () Mais de 7000,00

Renda Familiar em Reais

- () Até 500,00 () 500,01 a 1000,00 () 1000,01 a 2000,00 () 2000,01 a 3000,00 () 3000,01 a 4000,00
 () 4000,01 a 5000,00 () 5000,01 a 6000,00 () 6000,01 a 7000,00 () Mais de 7000,00

Possui filhos? () Sim () Não

Caso sim, quantos _____

Possui filhos que estudam em escola privada? () Sim () Não

Caso sim, quantos _____

Caso sim, qual o valor da renda familiar empregado neste R\$ _____

Quantos empregos possui? _____

Qual o total de horas que trabalha por semana _____

Desse total quanto tempo é dedicado a EPS _____

ENTREVISTA:

- 1- O que o(a) sr(a) entende por Educação Permanente em Saúde?
- 2- Já realizou algum curso sobre o tema? Caso sim, o que conseguiu apreender neste?
- 3- Na sua unidade existe um processo de Educação Permanente em Saúde?
 Sim, como o(a) sr(a) descreveria este processo?
 Não, o(a) sr(a) acha que a implantação deste processo poderia trazer benefícios diretos aos usuários?
- 4- Em sua opinião, quais obstáculos para a implantação/manutenção da EPS na sua unidade?
- 5- Nos dois últimos anos, existiu algum investimento pessoal e/ou da sua instituição em EPS? Caso sim, cite.
- 6- Em sua opinião, como a EPS poderia influenciar nas questões da saúde e na qualidade da assistência da população adscrita?
- 7- Em sua opinião, que estratégias podem motivar os profissionais a participarem das discussões acerca das dinâmicas da EPS em nível local?
- 8- Como o(a) sr(a) relacionaria os dados da sua formação e os dados socioeconômicos desta entrevista com a sua participação na EPS da unidade que atua?
- 9- Como o(a) sr(a) descreveria seu papel e sua contribuição para a EPS na unidade que atua?

APÊNDICE III

PLANEJAMENTO DO PLANO DE INTERVENÇÃO LOCAL

TEMA: Educação Permanente em Saúde

FREQUÊNCIA: Inicialmente mensal, mas caso seja necessário o intervalo entre as reuniões poderá ser diminuído.

ASSUNTO: Definido sempre ao final da última reunião de acordo com as demandas dos profissionais.

LOCAL: Auditório da Igreja Santa Cruz no bairro do Pilar-Duque de Caxias-RJ.

METODOLOGIA UTILIZADA: Roda de discussão como uso da problematização.

RECURSOS: Papel, caneta, cartolina, caneta hidrocor, lap top e data show .

MECANISMOS DE AVALIAÇÃO: Discussão semanal com através de parâmetros objetivos e subjetivos

ANEXO I – CARTA DE AUTORIZAÇÃO DO MUNICÍPIO

ESTADO DO RIO DE JANEIRO
PREFEITURA MUNICIPAL DE DUQUE DE CAXIAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO À SAÚDE
COORDENADORIA DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

Duque de Caxias, 04 de Junho de 2013.

Da: Coordenadoria do Programa Saúde da Família

AO : COMITÊ DE ÉTICA – HOSPITAL FEDERAL ANTONIO PEDRO

AUTORIZAÇÃO

Sirvo-me do presente, para autorizar ao acadêmico **VINÍCIUS DE FIGUEIREDO LOPES** a realizar pesquisa intitulada: **EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: DIRETRIZES DO SUS E A PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE DUQUE DE CAXIAS - RJ.**

Atenciosamente,

SANDRO RIBEIRO FERNANDES
Coordenador do Programa Saúde da Família
Mat. 21736-6

Alameda James Franco, 03 - Jardim Primavera
Duque de Caxias - RJ / CEP: 25230-480

ANEXO II – AUTORIZAÇÃO DO CEP

FACULDADE DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL
FLUMINENSE/ FM/ UFF/ HU



Continuação do Parecer: 456.664

Identificar o perfil social e econômico destes profissionais; Discutir participativamente possíveis facilidades/dificuldades para a implantação/manutenção da EPS nestas equipes de saúde da família; produzir um plano de intervenção para implementação/manutenção da EPS nestas equipes de acordo com as diretrizes da PNEPS.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisa não apresenta riscos físicos e caso ocorra algum evento de natureza emocional os pesquisadores se comprometem a prestar o suporte necessário

Benefícios:

Mudança ou melhoria dos processos de Educação Permanente em Saúde nestas equipes.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa qualitativa com benefícios.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentados

Recomendações:

Adequar a redação da Hipótese Científica, que deve ser formulada como uma afirmativa, uma "verdade temporária a ser comprovada"

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pendências e Inadequações atendidas.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Rua Marquês de Paraná, 303 4º Andar
Bairro: Centro CEP: 24.090-210
UF: RJ Município: NITERÓI
Telefone: (21)2629-9189 Fax: (21)2629-9189 E-mail: etica@vm.uff.br