

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DA CLÍNICA

FELIPE MAGALHÃES LEMOS

USOS E POTENCIAIS DAS METODOLOGIAS ATIVAS
EM EPS PELAS EQUIPES DE SAÚDE: estudo de caso

São Carlos

2018

FELIPE MAGALHÃES LEMOS

USOS E POTENCIAIS DAS METODOLOGIAS ATIVAS EM EPS PELAS EQUIPES DE
SAÚDE: estudo de caso

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-
Graduação em Gestão da Clínica para obtenção
do título de mestre em Gestão da Clínica.

Orientação: Prof. Dr. Geovani Gurgel Acirole da
Silva

São Carlos

2018



FOLHA DE APROVAÇÃO

Felipe Magalhães Lemos

“USOS E POTENCIAIS DAS METODOLOGIAS ATIVAS EM EPS PELAS EQUIPES DE SAÚDE: ESTUDO DE CASO”

Trabalho de Conclusão de mestrado apresentado à Universidade Federal de São Carlos para obtenção do Título de Mestre junto ao Programa de Pós-graduação em Gestão da Clínica.

DEFESA APROVADA EM 12/09/2018

COMISSÃO EXAMINADORA:

Prof. Dr. Geovani Gurgel Aciole – UFSCar
Prof.ª. Dr.ª. Renata de Cássia Gonçalves – UNESP
Prof.ª. Dr.ª. Sueli Fatima Sampaio - UFSCar

À minha avó Zilda

Aos meus pais Aluísio e Cássia

À minha esposa Ana Gabriela

Às minhas filhas Thalita e Lara

“A ciência é uma disposição de aceitar os fatos mesmo quando eles são opostos aos desejos.”

B. F. Skinner

AGRADECIMENTOS

A Deus e à espiritualidade amiga por todo suporte durante esta jornada.

À minha esposa Ana Gabriela pela paciência e apoio em todos os percalços.

Às minhas filhas Thalita e Lara por suportar minha ausência.

Aos meus pais por todos ensinamentos de vida que me trouxeram até aqui.

À minha avó Zilda por sempre me incentivar a estudar mais.

Aos trabalhadores da DRS-XIV por todo auxílio na pesquisa.

Ao meu orientador Giovani Gurgel Aciole pela paciência e todo ensinamento transmitido.

À minha amiga-professora Sueli Fátima Sampaio, por me inspirar, ser um exemplo de educadora e abrir os caminhos das metodologias ativas para eu poder caminhar.

À minha tia Hirlei Felicidade Assunção Magalhães pela revisão da dissertação.

Às colegas do mestrado profissional da UFSCar pela coorientação durante o transcorrer do aprendizado.

RESUMO

Objetivou-se neste estudo analisar como ocorre o processo de Educação Permanente em Saúde na região da DRS XIV. Sendo uma política do SUS, a Educação Permanente em Saúde se tornou uma ferramenta potente para a concretização da Atenção Primária à Saúde. A investigação foi baseada nos princípios da pesquisa qualitativa e utilizou-se de entrevistas com os secretários de saúde e observação participante em reuniões de EPS, como fonte de coleta de dados. Para a interpretação dos dados, foi aplicada a técnica de análise de conteúdo. Foram encontradas duas temáticas: (i) Sobre aquilo que é ou não é educação permanente; (ii) Sobre a valorização da EPS. Na primeira temática, os subtemas “Conhecimento como foco das práticas” e “Modus operandi” mostram que 85% dos secretários e 100 % dos trabalhadores das Unidades de Saúde entendem Educação Permanente em Saúde como Educação continuada e que 45% dos secretários esperam que as ações sejam propostas pela DRS XIV. No subtema sobre a valorização da EPS percebeu-se que há alguma valorização por parte de alguns secretários, mas que no geral essa valorização não ocorre, algumas vezes por impossibilidades econômicas. Apenas dois secretários mostraram conhecimento sobre Metodologias Ativas, sendo que as práticas observadas não foram pautadas por estes métodos. Observou-se que há evolução no processo de implantação das práticas de Educação Permanente em Saúde, muito embora, grande parte dos secretários apenas tenham trocado o nome das práticas e mantido as ações de Educação Continuada. Este trabalho apresenta resultados que podem ajudar a alterar as práticas de EPS através do uso de Metodologias Ativas, auxiliando a fortalecer os ambientes de trabalho e garantir os direitos dos usuários do SUS.

Palavras-chave: Educação Permanente em Saúde. Educação Continuada. Metodologias Ativas.

ABSTRACT

The objective of this study was to analyze how the process of Permanent Health Education in the DRS XIV region occurs. As a SUS policy, the Permanent Health Education became a powerful tool for the implementation of Primary Health Care. The research was based on the principles of qualitative research and used interviews with health secretaries and participant observation in meetings of PHE, as a source of data collection. For the interpretation of the data, the technique of content analysis was applied. Two themes were found: (i) What is or is not permanent education; (ii) About the valuation of PHE. In the first theme, the sub-themes "Knowledge as a focus of practice" and "Modus operandi" show that 85% of secretaries and 100% of Health Unit workers understand Permanent Health Education as Continued Education and that 45% of secretaries expect proposed by DRS XIV. In the sub-theme on the valuation of the PHE it was noticed that there is some valuation on the part of some secretaries, but that in general this valuation does not occur, sometimes by economic impossibilities. Only two secretaries showed knowledge about Active Learning, and the practices observed were not guided by these methods. It was observed that there is evolution in the process of implementation of the Permanent Health Education practices, although most of the secretaries have only changed the name of the practices and maintained the actions of Continued Education. This work presents results that can help to change PHE practices using Active Learning, helping to strengthen the work environments and guarantee the rights of SUS users.

Key Words: Permanent Education in Health. Continued Education. Active Learning.

LISTA DE FIGURAS

| | |
|---|----|
| Figura 1 – Arco de Maguerz | 29 |
| Figura 2 – Espiral Construtivista | 32 |

LISTA DE QUADROS

| | |
|--|----|
| Quadro 1 - Secretários de Saúde da Drs – XIV | 38 |
| Quadro 2 - Trabalhadores das Unidades de Saúde | 39 |

LISTA DE SIGLAS

SUS – Sistema Único de Saúde

EPS – Educação Permanente em Saúde

APS – Atenção Primária à Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

DRS – Departamento Regional de Saúde

PSF – Programa Saúde da Família

ESF – Estratégia Saúde da Família

PNEPS - Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

OPAS – Organização Panamericana de Saúde

CNS – Conselho Nacional de Saúde

PBL – Problem-Based Learning

ABP – Aprendizagem Baseada em Problemas

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

PMAQ-AB – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica

NEPS – Núcleo de Educação Permanente em Saúde

SUMÁRIO

| | |
|--|----|
| 1 INTRODUÇÃO | 12 |
| 2 JUSTIFICATIVA | 13 |
| 3 OBJETIVO | 14 |
| 4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA | 15 |
| 4.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE | 15 |
| 4.2 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE | 18 |
| 4.3 METODOLOGIAS ATIVAS | 24 |
| 4.3.1 Aprendizagem Baseada em Problemas | 26 |
| 4.3.2 Problematização | 28 |
| 4.3.3 Espiral Construtivista | 30 |
| 4.3.4 Diálogo entre APS, EPS e Metodologias Ativas | 32 |
| 5 MATERIAIS E MÉTODOS | 34 |
| 5.1 ABORDAGEM TEÓRICO-METODOLÓGICA | 34 |
| 5.2 CENÁRIO DO ESTUDO | 35 |
| 5.3 INSTRUMENTOS | 35 |
| 5.3.1 Sujeitos | 35 |
| 5.3.2 Coleta de dados | 37 |
| 5.4 QUESTÕES ÉTICAS | 39 |
| 5.5 PROPOSTA DE ANÁLISE DO MATERIAL DE PESQUISA | 39 |
| 6 RESULTADOS E DISCUSSÃO | 41 |
| 6.1 CONTEXTUALIZANDO A PESQUISA | 41 |
| 6.2 SOBRE AQUILO QUE É OU NÃO É EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE | 44 |
| 6.2.1 O conhecimento como foco das práticas | 47 |
| 6.2.2 Modus operandi | 50 |
| 6.3 SOBRE A VALORIZAÇÃO DA EPS | 53 |
| 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 56 |
| REFERÊNCIAS | 59 |
| APÊNDICE A | 76 |
| APÊNDICE B | 78 |

APRESENTAÇÃO

Minha trajetória profissional na área da saúde iniciou-se em 2009 quando me formei em Psicologia pela Universidade José do Rosário Vellano. Após me formar comecei a atender em clínicas particulares, sendo que estive em 5 cidades do sudeste mineiro neste ano. E em 2010 prestei diversos concursos públicos e fui, primeiramente, aprovado na prefeitura de Nova Rezende-MG, onde fiquei por 5 meses. Esse trabalho teve uma particularidade interessante, o fato de eu ter de atender duas cidades, desta forma, eu era contratado pela prefeitura de Nova Rezende, mas também devia atender pacientes em UBS na cidade de Alterosa-MG. Ao final do ano fui aprovado em outro concurso na cidade de Areado-MG, tendo que mudar meus planos e ingressar em nova equipe de saúde. Fiquei por 6 meses como psicólogo clínico atendendo a todo público da UBS e, no ano seguinte, 2011, fui aprovado no concurso para psicólogo na cidade de São Sebastião da Grama-SP.

Esse é um momento importante para minha vida, pois a cidade em questão é onde resido atualmente, ou seja, faz 7 anos que estou nesse município. São Sebastião da Grama é uma cidade pequena, de população estimada em 12.317 pessoas em 2017, fica a noroeste do Estado de São Paulo. Assim que ingressei na prefeitura fui lotado como psicólogo no Centro de Saúde, que é um centro de especialidades da cidade, eu atendia todos os pacientes que buscavam pelo atendimento, porém, poucos eram encaminhados pela equipe de trabalho.

Em meados de 2013 fui transferido para o ESF-Saúde Certa, uma das UBSs da cidade, que possui cobertura completa de atenção primária. Trabalho atualmente nessa unidade e desenvolvo atendimento aos pacientes da minha área. O meu trabalho inicialmente foi reproduzir as práticas assistenciais pelas quais eu já havia passado. Os atendimentos iniciais eram marcados todos na segunda-feira em um mesmo horário, atendia-os e colocava-os em uma lista de espera. Toda comunicação entre profissionais era feita por meio de encaminhamentos, sendo que minha sala fica ao lado da sala do pediatra e nunca discutíamos os casos. As sessões psicoterápicas tinham o tempo de 30 minutos e quando o paciente se atrasava 5 minutos ele perdia o atendimento, caso o paciente faltasse duas vezes perdia a vaga. Essa prática engessada era a vigente para mim, era o jeito de se fazer o SUS pelo qual eu havia passado como paciente, aluno na graduação e como trabalhador. Até que uma grande mudança ocorre em minha vida.

No ano de 2015 eu estava procurando cursos de pós-graduação e vi a pós-graduação em Gestão da Clínica com vagas para alunos especiais. Deixo claro que de início eu não acreditei que seria interessante, primeiro por nunca ter ouvido falar do tema, segundo por

perceber que era sobre saúde pública, algo que não me interessava. No entanto, resolvi ingressar no processo de seleção para aluno especial e comecei nas aulas com foco na Gestão do Cuidado. Essa foi a maior mudança que tive na minha vida com relação à transformação pessoal e profissional. Lembro-me perfeitamente de ir na primeira aula, bastante perdido pela falta de afinidade com o tema, e ver alunos totalmente apaixonados pelo SUS, defendendo diversas propostas e políticas que eu nem ao menos conhecia. Isso me causou um grande estranhamento, pois o discurso que conhecia era de o SUS ser um péssimo modelo assistencial de saúde, então esta defesa me parecia descabida. Na segunda aula já estava rendido à lógica do SUS e me via participando das discussões com meus colegas.

Fazendo uma retrospectiva de todo processo de aprendizagem durante as aulas na pós-graduação em Gestão da Clínica, vejo que o ponto fundamental para a minha mudança como profissional seria a estratégia de ensino através de metodologias ativas, algo totalmente novo para mim. O fato de estar sendo ativo no processo de aprendizagem foi preponderante para o meu engajamento no curso e na percepção de que eu precisava alterar minha forma de atender os pacientes.

Dessa forma, surge o tema da minha pesquisa. A minha dúvida inicial era se eu conseguiria mudar minha forma de atender meus pacientes e qual a forma de fazer isso em larga escala. Isso fez com que me aproximasse da Educação Permanente em Saúde, tornando um problema de pesquisa o saber como essas práticas ocorriam em minha região, possivelmente pelo desejo de contribuir para que mais trabalhadores tivessem uma experiência de mudança semelhante à minha.

1 INTRODUÇÃO

A Constituição Federal, em seu artigo 196, diz que a “saúde é um direito de todos e dever do Estado” garantindo o acesso universal e igualitário através de políticas sociais e econômicas (BRASIL, 1988). Para que o acesso fosse possível pensou-se em um novo modelo assistencial, que assegurasse ao cidadão o cumprimento da Constituição. Em 1990 é criado então o Sistema Único de Saúde, por meio da lei 8080.

No Brasil, entendeu-se que uma das formas de se cumprir a Constituição seria investir na Atenção Primária à Saúde, intervindo nos problemas de saúde próximo ao local de habitação ou trabalho das pessoas. Essa visão inicial se alterou com o tempo, e muitos projetos foram sendo desenvolvidos para tentar garantir que o cidadão tivesse direito à saúde. Atualmente se pensa a Atenção Primária à Saúde muito mais como aquele atendimento integral, que deve envolver a família e ser focado na prevenção (ARANTES et al., 2016). No entanto, para que isto ocorra é necessário trabalhar a Educação Permanente em Saúde (EPS) (BISPO JÚNIOR; MOREIRA, 2017).

Em consonância com o pensamento de se realizar EPS na atenção primária, temos que ter em mente que uma metodologia para esta aplicação é necessária, desta forma, encontramos dados que nos levam a crer que metodologias ativas, descritas muitas vezes como problematização, são as formas mais comuns de ensino utilizadas pelos profissionais (MICCAS et al., 2014).

Tendo em vista, então, que tanto autores nacionais, Menezes et al., (2013), Santos et al. (2016) e Silva et al. (2017), quanto autores estrangeiros como, (DAVINI, 1995; ROSCHKE, 1997) suportam a visão de que EPS é uma ferramenta potente para a concretização da Atenção Primária à Saúde, o presente estudo se preocupa com a forma como é praticada a Educação Permanente em Saúde na Atenção Primária à Saúde.

2 JUSTIFICATIVA

O Ministério da Saúde, juntamente com a Organização Pan-Americana de Saúde estimulam o uso de Educação Permanente na Atenção Primária à Saúde como medida de transformação e validação do SUS no ambiente de trabalho (BRASIL, 2009, 2012; DAVINI, 1995).

As referências indicam que as práticas de Educação Permanente em Saúde vêm sendo cada vez mais estimuladas no Brasil e têm obtido bons resultados (DAVINI, 2009; FLORES, 2012; FRANÇA et al., 2017; GOMES et al., 2016; LAVICH et al., 2017; LEMOS, 2016; STROSCHEIN; ZOCHE, 2011). Todas as pesquisas encontradas utilizaram metodologias ativas para trabalhar as práticas de Educação Permanente em Saúde.

Há ainda um extenso debate sendo feito com relação à reformulação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), que por mais que seja um marco de avanço para a concretização do SUS, ainda precisa ser aprimorada (MERHY; GOMES, 2016)

Do ponto de vista prático esta pesquisa se adequa ao meu desejo de desenvolver projetos relacionados à educação permanente em saúde e com o uso de metodologias ativas. Acredito que esta possa ser uma forma de potencializar a qualidade e o acesso dos usuários da Unidade de Saúde da Família na qual trabalho.

Desta forma, surge a questão de como essas práticas são feitas na região de São Sebastião da Boa Vista, que compreende 20 municípios, dentre estes o município em que mora o pesquisador.

3 OBJETIVO

Investigar o uso e potencialidades das Metodologias Ativas em Educação Permanente em Saúde na Atenção Primária à Saúde.

4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

4.1 Atenção Primária à Saúde

A Atenção Primária à Saúde (APS) tem sido apresentada internacionalmente como uma estratégia que visa organizar a atenção à saúde tentando responder de forma regionalizada, sistematizada e contínua à maior parte das necessidades de saúde de uma população, realizando ações preventivas e curativas de forma integrada juntamente com a atenção a indivíduos e comunidades (MATTA; MOROSINI, 2009).

Historicamente, uma das primeiras vezes que o conceito de APS começou a ser discutido foi através do Relatório Dawson, que foi elaborado pelo Ministro da saúde do Reino Unido e associou a ideia de regionalização e hierarquização dos cuidados em 1920. A organização do serviço de saúde deveria ocorrer da seguinte forma:

“Os serviços domiciliares de um dado distrito devem estar baseados num Centro de Saúde Primário – uma instituição equipada para serviços de medicina curativa e preventiva para ser conduzida por clínicos gerais daquele distrito, em conjunto com um serviço de enfermagem eficiente e com o apoio de consultores e especialistas visitantes. Os Centros de Saúde Primários variam em seu tamanho e complexidade de acordo com as necessidades locais, e com sua localização na cidade ou no país. Mas, a maior parte deles são formados por clínicos gerais dos seus distritos, bem como os pacientes pertencem aos serviços chefiados por médicos de sua própria região.”
(DAWSON, 1920, p. 1183)

Mesmo com este relatório revolucionário, demoraria mais de cinquenta anos para que alguns destes conceitos fossem colocados em prática, mesmo no Reino Unido, sendo que somente na década de 60 um movimento em favor da medicina comunitária surgiu nos Estados Unidos, com foco em saúde preventiva e auxílio à população pobre (CONILL, 2008).

Foi em 1978 que em Alma-Ata formulou-se uma declaração com intuito de promover a saúde de todos os povos do mundo, propondo um acordo e meta, entre os países participantes, para atingir o maior nível de saúde possível até o ano 2000, através da APS. Nesta declaração constava a seguinte definição de APS, denominada aqui cuidados primários de saúde:

Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1978, p. 1)

A declaração de Alma-Ata coloca a saúde em um conceito mais amplo apontando para a necessidade de sistemas de saúde universais, desta forma concebe a saúde como um direito humano. Surge então a compreensão de que a saúde é o resultado das condições econômicas e sociais, e das desigualdades entre os diversos países. Assim, estipula que os governos nacionais devem protagonizar a gestão do sistema de saúde (MATTA, 2005).

No Brasil, as experiências com APS foram tímidas e se iniciaram no século XX com os centros de saúde em 1924, que trabalhavam de certa forma com ações preventivas, curativas e educação sanitária. No entanto, pouco se evoluiu durante as décadas, até que o modelo médico-privatista as represou (MATTA; MOROSINI, 2009).

Algumas iniciativas foram tomadas, a partir da década de 1970, visando ampliar as práticas nos centros de saúde, que eram por tradição ligadas à prestação de serviços de saúde pública para populações pobres (FALK, 2004).

As mudanças propostas em Alma-Ata haviam sido discutidas em meio ao movimento da Reforma Sanitária, porém, nenhuma atitude do governo havia concretizado essas ideias (MATTA; MOROSINI, 2009). Foi somente com a constituição de 1988 que a meta “Saúde para Todos no Ano 2000” começou a ser cumprida com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). O artigo 196 da constituição diz, “A saúde é direito de todos e dever do Estado garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988, p.116). A regulamentação do SUS em 1990 possibilitou a

construção de uma política de Atenção Básica à Saúde (ABS) que a tornasse prioritária em relação ao primeiro contato do indivíduo com o SUS (BRASIL, 1990). Por mais que o SUS adote a terminologia “Atenção Básica à Saúde” em grande parte de seus textos, utilizarei o termo “Atenção Primária à Saúde” entendendo que funcionam como sinônimos e que o último se enquadra com mais propriedade às propostas do SUS, conforme defendido por Mello, Fontanella e Demarzo (2009). Ainda de acordo com Brasil (2010) está ocorrendo um resgate no Brasil da expressão “atenção primária” entendendo-se que essa encontra maior alinhamento com outros idiomas e facilita o diálogo com experiências de outros países.

A APS é orientada pelos conceitos de universalidade, integralidade, equidade, descentralização e controle social da gestão, que devem promover saúde, prevenção de agravos, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde (FACCHINI et al., 2006).

Uma das primeiras tentativas de instaurar com eficiência a APS foi a oficialização, pelo Ministério da Saúde, do Programa de Agentes Comunitários da Saúde (PACS) em 1991 (BRASIL, 2004a). O programa tinha como foco as experiências de prevenção de doenças orientando e informando sobre cuidados de saúde (BRASIL, 2001b).

No entanto, a constituição da APS no Brasil, ainda sofria com problemas de estrutura física dos serviços, insuficiência e perfil dos profissionais de saúde, acesso oportuno aos recursos e efetividade de políticas e ações de saúde (BRASIL, 2010; CONILL, 2002). O Programa Saúde da Família (PSF) surge em 1994, como alternativa aos problemas anteriores e tem como intuito ser a porta de entrada dos usuários do SUS, vinculado com o PACS (ÁVILA, 2011; BRASIL, 2004a; ESCOREL et al., 2005; VIANA; POZ, 2005). Entende-se que o PSF não é apenas um programa, mas uma estratégia que cria a possibilidade de integrar e promover a organização das atividades em um território definido com o propósito de propiciar o enfrentamento e resolução dos problemas identificados (BRASIL, 1997). A partir deste momento passou a ser considerado pelo Ministério da Saúde não mais como apenas um programa e foi denominado Estratégia Saúde da Família (ESF) (BARRA, 2013). Atualmente temos duas formas de organizar a APS no Brasil: atendimentos realizados conforme uma APS entendida como tradicional em Unidades Básicas de Saúde; e atendimentos realizados de acordo com as diretrizes da Estratégia Saúde da Família (ESF) em Unidades Saúde da Família (ZANETTI; MARCHETTI; ANDRADE, 2004). Ressalta-se que a proposta atual da ESF é reorganizar as condutas tradicionais da APS, de tal forma que a equipe de saúde não veja mais o usuário dos sistemas de forma fragmentada, mas sim de forma integral, tendo a família como sua unidade de atuação e objetivo de atenção, reconhecendo os determinantes sociais que atuam

sobre ela, comprometendo-se com a prevenção e solução dos problemas de saúde da comunidade, realizando atividade de educação permanente em saúde (ARANTES et al., 2016).

A Constituição Federal de 1988, no art. 200, inciso III, já declarava que compete à gestão do SUS “o ordenamento da formação de recursos humanos da área de saúde”(BRASIL, 1988). Hoje, uma das estratégias defendidas para a qualificação da Atenção Primária à Saúde é o desenvolvimento da Educação Permanente (BRASIL, [s.d.]

4.2 Educação Permanente em Saúde

A primeira vez que se tem notícia de algum tipo de menção à educação permanente ocorreu em um informe do Comitê de Educação de Adultos do Reino Unido em 1919. Eles descreviam a Educação para adultos como “uma necessidade permanente, um aspecto imprescindível da cidadania e, portanto, deve ser geral e para toda a vida” (BERNHEIM, 1995, p.2).

O conceito começou a ser mais desenvolvido na década de 60. Em uma conferência da Unesco recomendou-se que os adultos fizessem uma autoeducação permanente, já que as profissões evoluíam rapidamente e muito podia ser adquirido por meio de estudos e trocas de experiências (UNESCO, 1963).

É importante notar que os esforços para a concretização da Educação Permanente são feitos internacionalmente, sendo que a Comissão de Cultura e Educação do Conselho da Europa, associada à Unesco, teve papel fundamental neste processo (BERNHEIM, 1995). Em 1973 já se falava abertamente de educação permanente e ela era colocada como um dos pilares para o futuro da educação no mundo. Este informe redigido por diversos autores, dizia que a educação não deveria mais ser tratada como algo que se pode adquirir isoladamente, mas se trata de uma preparação para elaborar um saber em constante evolução e de “aprender a ser” (FAURE et al., 1973).

Em uma recomendação relativa à educação de adultos houve o esclarecimento do termo educação permanente que já era utilizado constantemente pela UNESCO. “A expressão “educação permanente” designa um projeto no qual o homem é o agente de sua própria educação por meio da interação permanente e suas ações e reflexões” (UNESCO, 1976, p.124).

A utilização da ideia de educação permanente em profissionais da saúde começa a ser discutida na região das Américas em 1974, na XIX Conferência Sanitária Panamericana (que reforçava uma resolução 27ª Assembleia Mundial de Saúde), dizendo que existia "a necessidade de apoiar os governos em seus esforços para planejar, implementar e melhorar os mecanismos

que permitem a atualização permanente do pessoal de saúde ..." (HADDAD; ROSCHKE; DAVINI, 1994, p.17).

No ano de 1975 a Organização Panamericana de Saúde (OPAS) criou um grupo que tinha como objetivo planejar e avaliar propostas de educação contínua sendo auxiliada pelo Governo Canadense (HADDAD; ROSCHKE; DAVINI, 1994).

No entanto, foi na década de 80 que um extenso programa de avaliação das iniciativas de educação permanente foi organizado pela OPAS, tendo como resultado o conhecimento de que havia a ruptura entre a formação e as questões reais do serviço, a distância entre a teoria e a prática, a fragmentação dos processos de educação por meio de cursos que reproduziam modelos atomizados das disciplinas, além de fazer um uso escasso da solução de problemas em serviço (DAVINI et al., 1990).

Em um dos resultados avaliativos destes processos, Vidal, Giraldo e Jouval (1986, p.508) descreveram alguns princípios que fazem a EPS mais efetiva:

- “1. A educação ao longo da vida não é um fim em si mesma, mas um meio para alcançar o objetivo de alcançar uma maior capacidade dos trabalhadores de saúde em benefício da população que eles servem. Quando se torna um instrumento regulador ou punitivo, não alcança seus verdadeiros objetivos.
2. O conteúdo da educação permanente deve estar diretamente relacionado aos problemas da prática profissional, uma vez que adquirir conhecimento para utilizá-los na prática cotidiana é o maior estímulo motivador.
3. A informação que é dada neste processo, especialmente aquela que é baseada no conhecimento fundamental, deve ser cuidadosamente projetada para permitir uma verdadeira utilização.”

Então, hoje é consenso que a educação é um processo contínuo que acompanha e atravessa toda a vida do homem e se desenvolve em âmbitos e estruturas sociais distintas muito além das escolas e universidades destinadas ao ensino (DAVINI, 1995).

A Educação Permanente em Saúde (EPS) pode ter entendimentos diversos no meio acadêmico, alguns a rotulam como Educação Continuada, outros como Educação em Serviço, ou ainda como Educação Formal de Profissionais (CECCIM, 2005a).

No entanto, há que se fazer uma distinção clara entre educação continuada e educação permanente em saúde (RIBEIRO; MOTTA, 1996, p.4):

- “- A educação continuada pretende contribuir para a reorganização dos serviços de saúde através da atualização do conhecimento dos profissionais, sem criar condições para que este conhecimento seja reelaborado frente às condições reais dos próprios serviços;

- A educação permanente em saúde tem por objetivo a transformação do processo de trabalho, orientando para a melhoria de qualidade dos serviços e para a equidade no cuidado e no acesso aos serviços de saúde.”

A educação continuada é voltada para lógica de atualização de conhecimentos individuais, buscando somente atualizar informações de uma categoria, de uma especialidade, de um novo procedimento de intervenção inserido de forma fragmentada e até descontextualizada com os modos de fazer em saúde (AMORIM, 2013). Em uma exemplificação Merhy e Gomes (2016, p. 71) ressaltam que na educação continuada “é como se os problemas já encontrassem opções de solução sistematizada”. Essa diferenciação faz-se necessária, pois recentemente muitos processos tradicionais de formação somente alteraram seu nome para EPS, porém as práticas continuam as mesmas.

Em uma definição aproximada a de Ribeiro e Motta (1996), Rovere (1994) diz que EPS é uma proposta educativa realizada no âmbito do trabalho, destinada a refletir e intervir sobre o processo de trabalho direcionado a melhorar a qualidade dos serviços e as condições de trabalho.

Devemos ter em mente que há uma gama de problemas que surgem no ambiente e processo de trabalho que não possuem uma solução a priori. Os atores envolvidos devem aprender com o seu próprio fazer, sendo importante a construção de pensamentos sobre os mesmos. A lógica passa a ser inversa, enquanto na educação continuada existe um conhecimento dado que irá ser transmitido aos profissionais para a solução de um problema, na EPS esse conhecimento ainda não existe, ele será gerado a partir das trocas entre os atores (MERHY; GOMES, 2016).

Há, de certa forma, a tendência de hierarquizar educação continuada e EPS de forma a ser esta última mais eticamente aceitável. No entanto, ambas possuem o seu papel, é importante dispor dos conhecimentos já existentes e sistematizados, ofertas da educação continuada para ampliação das caixas de ferramentas dos profissionais de saúde. A valorização da EPS deve então passar mais por demonstrar sua capacidade de transformação no processo de trabalho do que uma afirmação de suas vantagens éticas e estéticas em detrimento de outras estratégias de gestão e qualificação de trabalho (ZAPEDA, 2016).

A Organização Pan-americana de Saúde, orientada pela meta “Saúde para Todos no Ano 2000” buscou estabelecer vínculos entre educação e o trabalho desde 1984 (WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO], 1978).

Em muitas conferências de saúde discutiu-se formas de implantação de políticas em EPS, porém, somente em 2003 é que foi homologada no Conselho Nacional de Saúde (CNS) a

resolução 330 que dentre outras coisas institui a Política Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde no âmbito do SUS (BRASIL, 2003b). E na sequência publica-se a resolução 335 instituindo a política da Educação Permanente em Saúde (EPS) (BRASIL, 2003a).

No ano de 2004 o Ministério da Saúde sancionou a Portaria nº 198/GM/MS, que institui a Política de EPS como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor. Uma das estratégias seria criar Pólos de Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2004c). Foi através dessa Resolução que a Educação Permanente em Saúde foi implantada nos estados do Brasil (SMAHA; PAULILO, 2009).

“Educação Permanente é o conceito pedagógico, no setor da saúde, para efetuar relações orgânicas entre ensino e as ações e serviços e entre docência e atenção à saúde, na Reforma Sanitária Brasileira, para as relações entre formação e gestão setorial, desenvolvimento institucional e controle social em saúde” (BRASIL, 2004b, p. 1)

Provocar mudanças no processo de trabalho em saúde a partir da realidade, esta é a proposta da EPS. Para ocorrer, a EPS deve incorporar o aprender e o ensinar ao trabalho e ao cotidiano das organizações por meio da aprendizagem no trabalho. Desta forma, a EPS pode ser entendida como aprendizagem-trabalho, no sentido de que acontece no cotidiano das pessoas e das organizações e é feita a partir dos problemas enfrentados na realidade levando em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm. Propõe que os processos de educação dos trabalhadores da saúde se façam a partir da problematização do processo de trabalho, e considera que as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores sejam pautadas pelas necessidades de saúde das pessoas e populações. Os processos de educação permanente em saúde têm como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho (BRASIL, 2007).

Com a nova política de propor educação em saúde o governo colocou a formação e o desenvolvimento como evidência no SUS, requerendo assim, trabalhadores que aprendam a aprender, utilizem práticas cuidadoras, compromissos de gestão com a integralidade e a humanização no trato com a saúde, alta possibilidade de controle social e dedicação ao ensino e à produção de conhecimento implicados com as práticas concretas de cuidado às coletividades e às pessoas (CECCIM, 2005b).

A educação permanente se baseia na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais (BRASIL, 2009). Aprendizagem significativa é aquela que provoca uma modificação, quer seja no comportamento do indivíduo, na orientação da ação futura que escolhe ou nas suas atitudes e na sua personalidade. Percebe-se que essa aprendizagem é penetrante, e não se limita a um aumento de conhecimento, mas penetra profundamente todas as parcelas da sua existência (ROGERS, 2001).

Na aprendizagem significativa o estudante (entendemos aqui que o termo se aplica também aos trabalhadores que passam pelo mesmo processo de aprendizagem) utiliza seus conhecimentos prévios para construir novos conhecimentos. Para tanto a tarefa de aprendizagem não pode ser arbitrária nem literal, ou seja, o aluno deve ter liberdade para fazer associações de ideias fora do conteúdo, correlacionando com seus conhecimentos e não necessariamente saber integralmente o que lhe foi transmitido (AUSUBEL, 1968). Para ser significativa a aprendizagem deve exigir que o aluno apreenda apenas o sentido do conteúdo trabalhado. Desta forma, o aprendizado não é facilmente esquecido e o aluno tem menos dificuldade de acessá-lo quando necessário (AUSUBEL, 1966).

Quando a aprendizagem é focada na reprodução literal e na arbitrariedade temos duas consequências: primeiro, como o equipamento cognitivo humano não é um computador, não pode manejar informações eficientemente que lhe são enviadas em um modelo arbitrário e de exigência literal, somente poucas tarefas de aprendizagem podem ser internalizadas nesse modelo, e estas podem ser retidas por um período curto de tempo a menos que sejam muito repetidas. Segundo, o conteúdo ensinado desta forma fica vulnerável à aprendizagens prévias e simultaneamente ou retroativamente ao encontrar material similar, ou seja, o aluno acaba confundindo as informações (AUSUBEL, 2000).

Devemos manter em mente que tanto uma aula expositiva (centrada no professor) quanto uma aula por solução de problemas (centrada no aluno) podem ser significativas ou não (AUSUBEL, 1964). A não arbitrariedade e não exigência de compreensão literal é que são essenciais para uma aprendizagem significativa. Essas são as duas condições chaves para uma aprendizagem significativa (AUSUBEL, 1969).

Para ser classificada como significativa a aprendizagem também precisa envolver um critério de funcionalidade, ou seja, o quanto os conteúdos podem ser utilizados na prática real do indivíduo. O valor educativo de um projeto estaria na capacidade de proporcionar experiências que produzam desequilíbrio em um determinado conjunto de conhecimentos e uma modificação desses esquemas. Quanto mais essas experiências estiverem relacionadas à

prática profissional, maiores serão as probabilidades de se conseguir motivação e engajamento por parte dos estudantes (KOMATSU et al., 2003).

A atividade do trabalhador pode ser o ponto de partida do seu saber real, podendo determinar sua aprendizagem subsequente, uma vez que o conhecimento tem sua origem na identificação das necessidades do serviço e na busca de solução para os problemas encontrados (LOPES et al., 2007)

A Portaria nº198/GM/MS, institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, em Saúde como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e explicita a importância da reflexão coletiva da equipe de trabalho, a partir dos problemas reais encontrados na prática cotidiana. Nesse mesmo documento, no parágrafo único do Art. 1º há a descrição das funções do Polo de EPS, destaca-se três delas por descreverem o principal objetivo da PNEPS:

“III. propor políticas e estabelecer negociações interinstitucionais e intersetoriais orientadas pelas necessidades de formação e de desenvolvimento e pelos princípios e diretrizes do SUS, não substituindo quaisquer fóruns de formulação e decisão sobre as políticas de organização da atenção à saúde;

IV. articular e estimular a transformação das práticas de saúde e de educação na saúde no conjunto do SUS e das instituições de ensino, tendo em vista a implementação das diretrizes curriculares nacionais para o conjunto dos cursos da área da saúde e a transformação de toda a rede de serviços e de gestão em rede-escola;

V. formular políticas de formação e desenvolvimento de formadores e de formuladores de políticas, fortalecendo a capacidade docente e a capacidade de gestão do SUS em cada base locorregional” (BRASIL, 2004b, p.45).

O Pacto pela Saúde, que é um conjunto de reformas do SUS pactuado entre União, Estados e Municípios, que tem como meta alcançar inovações em instrumentos e processos de gestão e o objetivo de atingir maior eficiência no SUS, aponta como diretrizes para o desenvolvimento da Educação na Saúde: avanço da PNEPS, por meio da compreensão do conceito de EPS adequado às especificidades de cada instituição/região; reconhecimento da EPS como processo educativo essencial da política de formação e desenvolvimento dos trabalhadores do SUS; compreensão e adoção das diferentes metodologias e técnicas de ensino-aprendizagem inovadoras, inerentes à educação permanente; discussão e avaliação da implementação da PNEPS; revisão da normatização vigente que institui a Política,

considerando a descentralização do planejamento, monitoramento, avaliação e execução orçamentária da educação permanente no SUS; planejamento e acompanhamento das atividades de EPS e alocações de recursos pautados pela lógica de fortalecimento do SUS e atendimento das demandas sociais de saúde; cooperação técnica, articulação e diálogo entre gestores nos âmbitos federal, estadual e municipal, instituições formadoras, serviços de saúde e controle social (BRASIL, 2006).

No estado de São Paulo a coordenação das estratégias de EPS ficou a cargo de Centros de Desenvolvimento e Qualificação para o SUS (CDQ-SUS). Eles possuem como objetivo organizar Núcleos de Educação Permanente em cada Município para conseguir cumprir os Pactos pela Saúde (SÃO PAULO, 2006).

Paulo Freire afirma que na educação de adultos, o que impulsiona a aprendizagem é a resolução de problemas, a superação de desafios e a construção do conhecimento novo a partir de conhecimentos e experiências prévias dos indivíduos (FREIRE, 1994). Esta forma de pensar a educação entra em consonância com os princípios de metodologias ativas, que se baseiam “em formas de desenvolver o processo de aprender, utilizando experiências reais ou simuladas, visando às condições de solucionar, com sucesso, desafios advindos das atividades essenciais da prática social, em diferentes contextos” (BERBEL, 2011, p.29). Vários autores relatam o uso de metodologias ativas como forma de transformação no trabalho (CARDOSO, 2012; COSTA, 2006; LEMOS, 2016; MICCAS et al., 2014).

4.3 Metodologias Ativas

Método pode ser entendido como os passos que devem ser seguidos para ser atingido um lugar ou um fim. Entende-se então metodologia por extensão como sinônimo de método. É imperioso discutir qual a metodologia de ensino utilizada já que existe um consenso de que devemos desenvolver autonomia em coalizão com o coletivo. Isto faz com que busquemos constantemente metodologias inovadoras para formar profissionais de saúde mais críticos e que possam construir redes de mudanças sociais (MITRE et al., 2008).

Ensinar exige respeito à autonomia do ser e do saber do educando, especialmente quando pensamos em uma abordagem progressista, que considere o indivíduo como um ser que constrói sua própria história (COSTA; SIQUEIRA-BATISTA, 2004). Desta forma, o indivíduo torna-se mais autoconfiante, mais flexível, comporta-se de uma forma mais amadurecida, aceita mais abertamente os outros e modifica suas características de personalidade de forma construtiva (ROGERS, 2001).

Em um contexto histórico percebemos que a formação de profissionais de saúde tem se pautado no uso de metodologias tradicionais com características fragmentadoras e reducionistas. Nesse sentido, o processo de ensino-aprendizagem tem muitas vezes se traduzido em pura reprodução de conhecimento por parte do professor, ao passo que ao aluno cabe a repetição e memorização, em uma atitude passiva, tornando-se um mero expectador sem a consciência crítica necessária. Para que se chegue à consciência crítica é necessário gerar curiosidade criativa que leva à indagação um sujeito insatisfeito e ativo, que reconhece a realidade como mutável (FREIRE, 1996).

Essa consciência crítica em relação às limitações do modelo tradicional de ensino-aprendizagem remonta ao século XVIII, com algumas escolas pedagógicas, que influenciadas pelas revoluções liberais europeias e da independência norte-americana, reconheciam o estudante como indivíduo portador de direitos (ARIES, 1981).

Em meados da década de 1980, surgem preocupações sobre o perfil do profissional formado, principalmente relativas ao ensino marcado por parâmetros curriculares baseados no relatório de Flexner (MITRE et al., 2008). Esse relatório tem central importância na formação de profissionais de saúde, sendo hoje visto de forma pejorativa por ter proposto que os currículos de formação fossem apresentados com uma divisão clara entre um período inicial de disciplinas básicas, e logo após seguido por outro, onde seriam enfocados os estudos clínicos (PAGLIOSA; DA ROS, 2008).

Uma das propostas que surgiram no Brasil foi o uso da Metodologia Ativa na formação, que ganhou força com a implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais, para os Cursos de Graduação em Saúde, com o intuito de buscar uma formação dos profissionais de saúde orientada para o SUS (BRASIL, 2001a; RODRIGUES; CALDEIRA, 2008). Para essa pesquisa utilizaremos a definição de Metodologia Ativa a seguir:

A metodologia ativa é uma concepção educativa que estimula processos de ensino-aprendizagem crítico-reflexivos, no qual o educando participa e se compromete com seu aprendizado. O método propõe a elaboração de situações de ensino que promovam uma aproximação crítica do aluno com a realidade; a reflexão sobre problemas que geram curiosidade e desafio; a disponibilização de recursos para pesquisar problemas e soluções; a identificação e organização das soluções hipotéticas mais adequadas à situação e a aplicação dessas soluções. (SOBRAL; CAMPOS, 2012, p. 209)

As metodologias ativas visam fornecer atividades interativas e complementares que permitam aos indivíduos abordar interesses e necessidades de aprendizagem únicos, estudar vários níveis de complexidade e aprofundar a compreensão (HANNAFIN; LAND, 1997). Todos os tipos de metodologias ativas possuem fatores em comum como, entrelaçamento de conteúdos, contexto e compreensão, valorização do significado individual e a construção do conhecimento. Pedagogicamente, favorecem contextos de aprendizagem ricos e autênticos sobre conhecimentos e competências isolados, conhecimentos e habilidades descontextualizados, centrados no aluno e questionamentos que dirigem a objetivos apoiados por perspectivas pessoais (LAND; HANNAFIN; OLIVER, 2012).

Temos como principais teorias que embasam as metodologias ativas, a Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) e a Problematização (GUEDES-GRANZOTTI et al., 2015; MARIN; GOMES et al., 2010; MARIN; LIMA et al., 2010; SIMON et al., 2014). Uma outra teoria tem ajudado a embasar as metodologias ativas, a Espiral Construtivista (INSTITUTO SÍRIO-LIBANÊS DE ENSINO E PESQUISA, 2009; JOAQUIM; MARCOLINO; CID, 2017; LIMA, 2017; LIMA et al., 2015; PADILHA et al., 2006).

4.3.1 Aprendizagem Baseada em Problemas

As propostas de renovação das metodologias de ensino tem um grande avanço no fim do século XIX e início do século XX, com John Dewey (ARIES, 1981; FIÚZA MOREIRA, 1953). Pode se encontrar as raízes da ABP na filosofia da escola nova de Dewey (HMELO-SILVER, 2004), que trouxe uma revolução ao campo da pedagogia ao dizer que a educação deveria envolver direta interação com o ambiente de aprendizagem para promover o pensamento ativo. Ele acreditava que o conhecimento só seria real se pudesse ser objetivamente, e quando possível, cientificamente testado. A ideia principal do sistema de ensino de Dewey é criar uma situação de experimentação que contivesse um problema geral. Logo após observação do problema o estudante iria pesquisar e criar hipóteses sobre como solucionar este problema (MCCAUGHAN, 2015).

A maior inovação em educação médica nos últimos anos foi o modelo desenvolvido pela McMaster University Health Science Centre, denominado Aprendizagem Baseada em Problemas, desde sua inauguração em 1969 (PALLIE; CARR, 1987; SPAULDING, 1969). A história da ABP inicia-se com a contratação pela McMaster University do professor John Evans em 1965 para ser o Reitor do novo curso de Medicina. Ele organizou uma equipe de colaboradores que juntos organizaram um novo sistema de educação, sendo eles, John Evans,

Bill Spaulding, Bill Walsh, Jim Anderson, Fraser Mustard (ATRÍE et al., 2008; NEVILLE; NORMAN, 2007; SCHMIDT, 1993). Em um segundo momento de expansão a ABP foi adotada na Maastrich University em 1976 e se propagou pela Europa (MAURER; NEUHOLD, 2012).

No método de aprendizagem da ABP a formação ocorre através da resolução de problemas estruturados pelos professores para que os alunos, aos poucos, construam o conhecimento necessário à resolução de problemas reais no futuro (GOMES, R. et al., 2009).

Outros autores remontam as bases do desenvolvimento da ABP aos teóricos construtivistas (FOGARTY, 1999; JANUSZEWSKI; PEARSON, 1999). Mais claramente podemos pensar a ABP como uma junção do construtivismo cognitivo de Piaget e do construtivismo social de Vygotski (STANFORD).

Piaget acreditava que não se aprende a experimentar simplesmente vendo o professor experimentar, ou dedicando-se a exercícios já previamente organizados: só se aprende a experimentar, tateando, por si mesmo, trabalhando ativamente, ou seja, em liberdade e dispondo de todo o tempo necessário (MUNARI, 2010).

Como já dizia Piaget, “Aprender não é remodelar comportamento, mas providenciar um ambiente que auxilie os estudantes a explorar a si mesmos”. Esta citação vai ao encontro do pensamento de que o problema em ABP pode ser definido como um conjunto de circunstâncias em uma configuração que é nova para o estudante, em que ele usa um padrão de reconhecimento para entender esta nova realidade e construir novos conhecimentos (WALTON; MATTHEWS, 1989).

Em uma linha complementar de pensamento, Vygotski acreditava que o conhecimento surge do meio social e é aculturado pelo indivíduo. Ele definiu que o indivíduo ao entrar em contato com o meio social irá utilizar as estruturas já criadas de conhecimento para fazer uma aproximação com o novo conteúdo a ser adquirido, dessa forma o aluno pode se aproveitar da experiência do grupo para chegar mais fácil na concretização da aprendizagem (VYGOTSKI, 1991). Para Walton e Matthews (1989), quando o aluno se vê diante de um problema para o qual ele não encontra solução em conhecimentos prévios é necessário a ajuda de um pequeno grupo para a criação de um novo.

A ABP cria ambientes que motivam os aprendizes a se engajar em tarefas e atividades que são autênticas de situações e ambientes em que ele irá utilizar. O foco fica nos aprendizes como construtores de seu próprio conhecimento em contextos em que ele poderá ser aplicado (QUEIROZ, 2012). A negociação social de metas é um dos princípios desse sistema de solução de problemas (SAVERY; DUFFY, 1996).

A preocupação com o aspecto social, em que o médico deve atender às necessidades da sociedade já é relatado desde os primeiros artigos dos fundadores da ABP (EVANS, JOHN R; CHUTE, A. L.; MORLEY, 1966; EVANS, 1967).

As metas do programa se focavam no aluno, ou seja, era um sistema centrado no aluno. A ênfase era colocada em capacidades específicas e características ao invés de um estoque de conhecimento (NEUFELD; BARROWS, 1974).

Em ABP a função primária do professor é facilitar a aquisição de conhecimento pelos alunos. A última função do professor é prover informação. O professor é orientado a adotar uma postura de facilitação desde o início do curso (NEUFELD; BARROWS, 1974).

Esse método inovador vem sendo utilizado amplamente no mundo em países como Chile (NAVARRO-HERNÁNDEZ; ZAMORA-SILVA, 2016), Cuba (CALZADA et al., 2013), Austrália (ROBERTO; GRAÇA, 2004), Canadá (SPAULDING, 1969), México (MONTIEL; LECHUGA; REYES, 2015), Holanda (BLIGH, 1995), Dinamarca (KOLMOS; FINK, 2006), entre outros. No Brasil existem evidências de sua utilização como recurso de ensino em universidades (APARECIDA et al., 2006; MENDES et al., 2012; MOREIRA; MANFROI, 2012; RIBEIRO; MIZUKAMI, 2004; VIGNOCHI et al., 2009).

4.3.2 Problematização

As inovações na educação em saúde no Brasil se iniciam com as revoluções causadas pelo pensamento de Paulo Freire. A filosofia de pensamento de Freire seguiu durante algum tempo em paralelo com as de Dewey, porém, com o livro *a Pedagogia do Oprimido* ele rompe estas semelhanças e diz que mais do que uma educação para a liberdade, é necessária uma educação como tarefa e prática da libertação (FREIRE, 1994).

A partir desse ponto Paulo Freire assume a educação como papel social e político, colocando "...a relação com o outro não apenas como método, mas como o centro de uma teoria do conhecimento cuja intencionalidade é a recriação das relações sociais na perspectiva da emancipação" (SIMON et al., 2014, p. 1357).

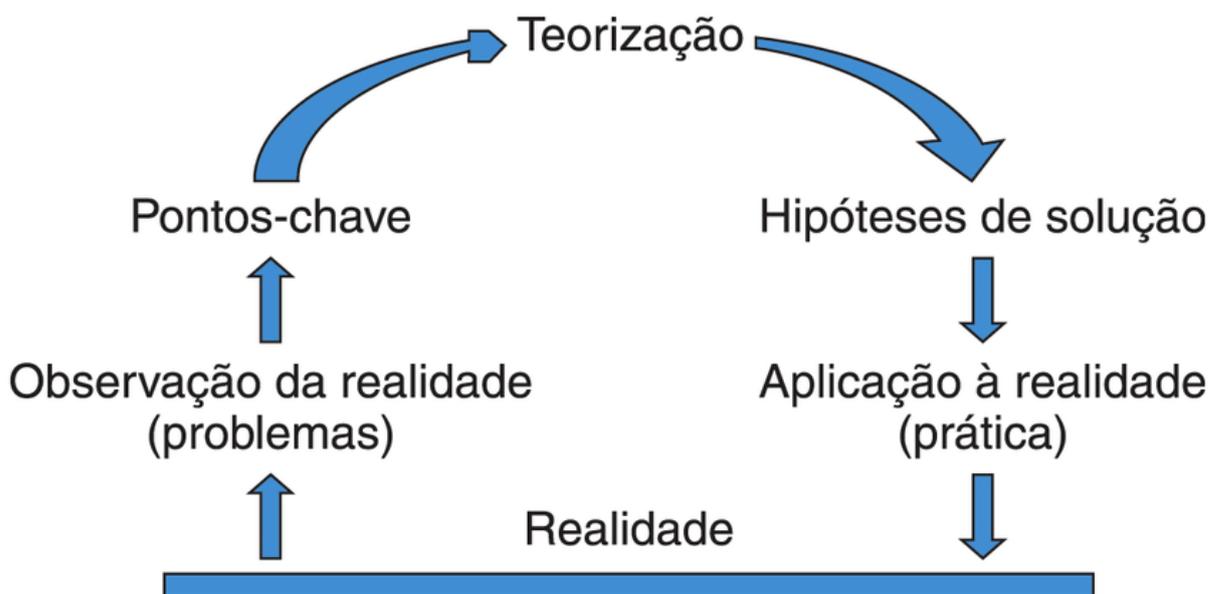
A partir da década de 1980 o Brasil passou por dificuldades de ordem política e econômica e ainda fazia diversos movimentos para implantação do SUS e da APS. Apesar dos diversos avanços, os princípios do SUS e da APS ainda não são uma completa realidade nos serviços de saúde (MOTTA; SIQUEIRA-BATISTA, 2015).

Nesse contexto, de revolução educacional, política e social, surge, no Brasil, a problematização a partir da educação popular freireana (SIMON et al., 2014). Inicialmente a

metodologia da Problematização foi criada por Charles Maguerez e foi explicada e organizada como prática de ensino por Bordenave e Pereira (BERBEL, 2012). Bordenave acreditava que a capacidade mais importante a se desenvolver nos alunos era a de fazer perguntas relevantes em qualquer situação, para entendê-las e ser capaz de resolvê-las adequadamente (BORDENAVE, 1999). A metodologia da problematização, como é vista por Berbel, coloca o aluno como centro de toda a teoria, e ele cria o problema que está relacionado com a sua vivência atual e, geralmente, referente ao seu trabalho (BERBEL, 1995, 1998, 2011, 2012, 2014).

A real utilização da problematização como método de ensino-aprendizagem no Brasil iniciou-se em 1992 na Universidade Estadual de Londrina e se expandiu em 1994 com os trabalhos de Berbel (COLOMBO; BERBEL, 2007).

Figura 1 Representação Arco de Maguerez



Fonte: Dalla, Moura e Bergamaschi, (2015)

O esquema do Arco de Maguerez, utilizado pela problematização, pode ser entendido com as explicações de Berbel (1998) que elaborou a experiência de utilização da Metodologia.

A partir de um determinado aspecto da realidade é feita a pesquisa. Então, a primeira etapa é a da Observação da realidade e definição do problema. Inicia-se um processo de apropriação de informações pelos participantes que são levados a observar a realidade em si, com seus próprios olhos, e a identificar-lhes as características, a fim de, mediante estudos,

poderem contribuir para a transformação da realidade observada. Os alunos, apoiados pelo professor, selecionam uma das situações e a problematizam.

Definido o problema os alunos refletem sobre os possíveis fatores e determinantes relacionados ao problema, possibilitando uma maior compreensão do mesmo. Essa reflexão levará aos Pontos-chave do estudo.

Na Teorização – terceira etapa – é o momento de construir respostas mais elaboradas do problema. Busca-se sentido para os dados obtidos e analisados tendo sempre em vista o problema. Logo após, alcança-se a quarta etapa, que seria as Hipóteses de Solução, na qual a originalidade e a criatividade têm de ser muito estimuladas para se pensar nas alternativas de solução. Nessa etapa o aluno utiliza os dados analisados do problema para alterar a realidade.

Em uma última fase, chamada de Aplicação à Realidade, o aluno irá intervir, exercitar e manejar situações associadas à solução do problema. Na aplicação o pesquisador pode fixar as soluções geradas e ainda voltar para a realidade transformando-a em algum grau.

A problematização visa a transformação da realidade, já que parte dessa para pesquisa e quando retorna acrescenta novos dados na vivência dos indivíduos (COLOMBO; BERBEL, 2007).

É importante frisar que a problematização não é voltada para discussão teórica, ficando marcada pela integração entre a ação e a reflexão, e pelas transformações advindas. O método tem então uma dimensão política bastante acentuada (SIMON et al., 2014).

4.3.3 Espiral Construtivista

A Espiral Construtivista foi concebida por Lima (2017) através de sua experiência como docente, em currículos que utilizavam métodos ativos de aprendizagem. A partir de uma concepção construtivista a autora associa o princípio da globalização - em que a aprendizagem ocorre, inicialmente de forma generalizada, organizando-se em partes posteriormente - para embasar sua teoria. Com a finalidade de compor outros fundamentos metodológicos a autora agregou elementos da dialogia, da aprendizagem significativa e da metodologia científica.

Para construção de sua teoria a autora parte da concepção construtivista da educação e do princípio da globalização e agrega elementos da aprendizagem significativa, metodologia científica, dialogia e teoria sociointeracionista.

Um dos conceitos base dessa teoria foi o princípio da globalização, de Ovide Dècroly, em que o ensino deve ocorrer a partir da apreensão global e indiferenciada que precede a percepção e o pensamento para depois o indivíduo conseguir categorizar o aprendizado. No

ensino analítico, ao qual Dècrolly se contrapõe, parte-se dos dados estabelecidos pela experiência do professor que, ao aluno parecem arbitrários e abstratos. Desta forma são criados conceitos a ser apreendidos pelos alunos a partir de uma experiência que a eles não faz sentido (DECROLY; MONCHAMP, 2002). De uma forma resumida podemos entender o princípio da globalização como a aprendizagem que ocorre com base em uma visão do todo para se organizar em partes (LIMA, 2017).

Com relação à teoria sociointeracionista aproveita-se o conceito de zona de desenvolvimento proximal, onde Vygotski diz que as pessoas devem ser colocadas em grupos para propiciar um melhor ambiente de aprendizagem. Em grupos as pessoas podem interagir, ver diferentes níveis de aprendizagem o que irá impulsioná-las. Assim a pessoa fica mais próxima do desenvolvimento real e poderá internalizar esse conhecimento posteriormente (VYGOTSKI, 1991).

O uso da espiral como representação do processo educacional se dá pela visão da autora de que a aprendizagem deve ocorrer em movimentos recursivos, contínuos, incompletos e inacabados.

Figura 2 Representação da Espiral Construtivista



4.4 Diálogo entre APS, EPS e Metodologias Ativas

A Atenção Primária em Saúde no Brasil se faz através da Estratégia Saúde da Família que se utiliza de Unidades Saúde da Família para fazer o primeiro atendimento do indivíduo que ingressa no SUS. Por ser o seu primeiro contato é o local onde deve ser acolhido e um vínculo poderá ser criado na unidade, facilitando, assim, o tratamento do mesmo (GOMES; PINHEIRO, 2005).

Para que isto ocorra da melhor maneira possível o Ministério da Saúde criou a Política Nacional de Educação Permanente, que preconiza uma lógica de Educação em Saúde em que o ensino e o aprendizado são incorporados à vida cotidiana dos trabalhadores e ocorrem em contexto real, com problemas reais. As estratégias educativas são modificadas e agora o aprendizado precisa advir da prática e da resolução de problemas que existam no contexto do trabalho real. O espaço de ensino é ampliado e não se limita à sala de aula, mas sim a toda a comunidade (BRASIL, 2009).

Essas mudanças na forma de ver a Educação Permanente vão ao encontro das orientações do Ministério da Educação nas Diretrizes Curriculares dos Cursos da área da saúde, enfatizando que estes devem:

“Estimular práticas de estudo independente, visando uma progressiva autonomia intelectual e profissional; Encorajar o reconhecimento de conhecimentos, habilidades e competências adquiridas fora do ambiente escolar, inclusive as que se referiram à experiência profissional julgada relevante para a área de formação considerada; Fortalecer a articulação da teoria com a prática, valorizando a pesquisa individual e coletiva, assim como os estágios e a participação em atividades de extensão;” (BRASIL, 2001b, p.3)

A APS é ainda o nível de atenção mais atendido pelas práticas de EPS. Em alguns municípios não se tem a noção de que EPS pode ser trabalhada em vários níveis de atenção. Além disso, há um foco maior do Ministério da Saúde para que a APS seja priorizada com relação às práticas de EPS (SENA et al., 2017). No entanto, esse foco ainda pode ser aprimorado, tendo as equipes de atenção primária como as principais ordenadoras do processo de EPS (MERHY; GOMES, 2016).

Os processos educativos devem ter relação com o cotidiano do trabalho, isto é, os problemas da prática devem ser os motivadores dos temas a serem abordados em processos educativos, indicando o propósito de qualificar os serviços utilizando a estratégia de EPS. As

demandas de processos educativos na saúde, de acordo com a perspectiva de aplicação da PNEPS, não devem surgir com exclusividade de orientações de níveis centrais e regionais, mas sim a partir da problematização do processo real de trabalho, considerando a responsabilidade em prestar assistência integral humanizada e de qualidade aos usuário (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

O Ministério da Saúde preconiza que as práticas de EPS sejam realizadas com vistas a uma aprendizagem significativa, porém, é bastante comum percebermos que grande parte das reuniões são realizadas através de palestras, aulas, orientações, com vistas a qualificação individual. Em poucos casos encontramos metodologias inovadoras sendo utilizadas para a alteração da realidade do trabalho (SENA et al., 2017).

As metodologias ativas são estratégias de ensino que utilizam a vivência do indivíduo como ponto de partida para o ensino e sempre voltam à prática com vistas a verificar o conteúdo trabalhado. Elas preparam o indivíduo para uma educação permanente em sua vida à medida que o ensina a problematizar, aprender individualmente e em grupo, encontrar soluções para problemas, definir metas e valorizar a sua realidade (BARBOSA; MOURA, 2013; MELO; SANT'ANA, 2013; PARANHOS; MENDES, 2010; SOUZA; ROBERTO; RISSOLI, 2013).

Diversos autores acreditam que, para uma aprendizagem significativa no trabalho seria necessária a associação de metodologias ativas com educação permanente em saúde (ALVES et al., 2013; CAMPOS et al., 2001; CARDOSO, 2012; FLORES, 2012; FREITAS et al., 2015; PINTO. et al., 2010).

5 MATERIAIS E MÉTODOS

5.1 Abordagem teórico-metodológica

O presente estudo tem origem em uma pesquisa de abordagem qualitativa, do tipo descritivo-exploratória, na qual se utilizou a análise de conteúdo para fazer a apreciação do conjunto de informações obtidas. O método qualitativo foi escolhido para essa dissertação porque a pesquisa tem como função explorar as experiências vividas em EPS que fazem parte da realidade dos secretários de saúde da DRS XIV.

Nessa perspectiva, o método qualitativo foi considerado mais apropriado, tendo em vista que se aplica ao estudo de relações, representações, crenças, percepções e opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam (MINAYO, 2004). A opção por essa abordagem de pesquisa ocorreu também pelo seu caráter social, já que investigou pessoas no seu local de trabalho, uma vez que as abordagens qualitativas representam papel fundamental na construção do conhecimento sobre saúde, um fenômeno que, além de biológico, é também social. A metodologia qualitativa possibilitou ampliar a análise do objeto de pesquisa, estudando seu contexto e os elementos que o constituem (MINAYO, 2009).

Esse estudo também se caracteriza como um estudo de caso, definido como pesquisa empírica, que tem o intuito de investigar fenômenos contemporâneos dentro de um contexto de vida real, muito utilizado quando é difícil encontrar os limites entre o contexto e o evento. O estudo de caso explora, descreve e explica o evento, fornecendo uma compreensão profunda do mesmo (YIN, 2001). Para Andrade et al., (2017) esta metodologia pode ser amplamente utilizada quando se busca compreender fenômenos relacionados a indivíduos, grupos ou organizações.

A observação participante é apropriada para o estudo já que coloca o pesquisador como observador de uma situação social, com a finalidade de realizar uma investigação científica. Com o objetivo de colher e compreender dados, o observador fica em relação direta com os interlocutores no espaço social da pesquisa, participando, na medida do possível, de sua vida social (MINAYO, 2009).

Na observação participante, tem-se a oportunidade de unir o objeto ao seu contexto, contrapondo-se ao princípio de isolamento no qual se formam os profissionais. Para funcionar a observação participante acontece em três etapas: inicialmente o pesquisador se aproxima do

grupo e procura ser aceito como alguém externo interessado na população do estudo; na segunda etapa o pesquisador tenta construir uma visão de conjunto da comunidade objeto de estudo através da sua participação dentro do grupo; por último o pesquisador necessita sistematizar e organizar os dados (QUEIROZ et al., 2007).

5.2 Cenário do estudo

A pesquisa foi realizada com todas as cidades do Departamento Regional de Saúde de São João da Boa Vista (DRS-XIV), que possui 20 municípios ligados por territorialidade à referida regional. A cidade de São João da Boa Vista fica no centro da região abarcada pela DRS, localizada no centro-leste do Estado de São Paulo e de acordo com o IBGE tinha uma população estimada de 90.089 pessoas em 2017 (<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/sao-joao-da-boa-vista/panorama>). Os municípios integrantes desta região são: Aguaí, Águas da Prata, Caconde, Casa Branca, Divinolândia, Espírito Santo do Pinhal, Estiva Gerbi, Itapira, Itobi, Mococa, Mogi Guaçu, Mogi Mirim, Santa Cruz das Palmeiras, Santo Antônio do Jardim, São João da Boa Vista, São José do Rio Pardo, São Sebastião da Gramma, Tambaú, Tapiratiba e Vargem Grande do Sul.

Antes de analisar as entrevistas cabe observar que cada município da região possui interlocutores de EPS cadastrados na DRS-XIV. Esses interlocutores são convidados a participar de reuniões periódicas e nelas são discutidos temas de interesse da regional e da cidade em questão. Eles devem trazer relatos das ações realizadas e as demandas da sua região e levam as novidades da coordenação para seu município. Essas reuniões ocorrem em alguns momentos bimestralmente, mas não possuem datas fixas.

5.3 Instrumentos

5.3.1 Sujeitos

Participaram do estudo os secretários de saúde de cada uma das 20 cidades da DRS-XIV e as equipes de municípios que possuíam grupos de Educação Permanente em Saúde na Atenção Primária à Saúde e que concordaram em participar da pesquisa. Também participou da pesquisa mais um gestor de saúde que não era vinculado às cidades, mas sim à DRS-XIV. Como critérios de inclusão, considerou-se primeiramente secretários de saúde de cada uma das cidades e após grupos que utilizassem estrutura de Educação Permanente em Saúde, instituídos e estruturados, em APS.

Os sujeitos da primeira parte da pesquisa constituíram-se de 21 secretários.

| ENTREVISTADOS | FORMAÇÃO ACADÊMICA | PÓS-GRADUAÇÃO EM ATENÇÃO PRIMÁRIA | EXPERIÊNCIA EM SAÚDE |
|----------------------|---------------------------|--|-----------------------------|
| 1 | ENFERMAGEM | MESTRADO | 28 |
| 2 | AGRONOMIA | NÃO | 10 |
| 3 | ENFERMAGEM | NÃO | 25 |
| 4 | ENFERMAGEM | NÃO | 22 |
| 5 | DIREITO | NÃO | 40 |
| 6 | ENFERMAGEM | NÃO | 10 |
| 7 | ENSINO MÉDIO | NÃO | 0 |
| 8 | ENFERMAGEM | NÃO | 40 |
| 9 | ADMINISTRAÇÃO | GESTÃO DA CLÍNICA | 31 |
| 10 | MEDICINA | NÃO | 22 |
| 11 | ENFERMAGEM | MESTRADO | 40 |
| 12 | MEDICINA | NÃO | 30 |
| 13 | ENSINO MÉDIO | NÃO | 10 |
| 14 | CIÊNCIAS JURÍDICAS | NÃO | 0 |
| 15 | ODONTOLOGIA | NÃO | 10 |
| 16 | TERAPIA OCUPACIONAL | NÃO | 11 |
| 17 | PEDAGOGIA | SAÚDE PÚBLICA | 20 |
| 18 | ENFERMAGEM | NÃO | 15 |
| 19 | CIÊNCIAS CONTÁBEIS | ADM HOSPITALAR | 40 |
| 20 | MEDICINA | NÃO | 30 |
| 21 | GESTÃO FINANCEIRA | APERFEIÇOAMENTO EM EPS | 6 |

Quadro 1 - Secretários de Saúde da Drs - XIV

Em um determinado momento da pesquisa foi percebida a necessidade de se aprofundar na visão e experiência que os profissionais de saúde tinham sobre EPS. Nesse

momento decidiu-se por pesquisar os profissionais de saúde de cada uma das unidades cadastradas na cidade de São Sebastião da Gramma-SP. Essa escolha se deu por ser a cidade de trabalho do pesquisador, sendo assim, ficaria mais fácil de atingir o público alvo, além de ser mais prático de um ponto de vista financeiro e logístico.

Os sujeitos da segunda parte da pesquisa constituíram-se de 3 homens e 11 mulheres, com níveis diferenciados de experiência e formação na área da saúde.

| ENTREVISTADOS | FORMAÇÃO ACADÊMICA | EXPERIÊNCIA NA SAÚDE |
|----------------------|---------------------------|-----------------------------|
| 1 | MEDICINA | 35 |
| 2 | MEDICINA | 28 |
| 3 | ODONTOLOGIA | 15 |
| 4 | ODONTOLOGIA | 8 |
| 5 | ENFERMAGEM | 8 |
| 6 | ENFERMAGEM | 32 |
| 7 | FISIOTERAPIA | 7 |
| 8 | FISIOTERAPIA | 8 |
| 9 | PSICÓLOGIA | 12 |
| 10 | ENFERMAGEM | 11 |
| 11 | MEDICINA | 22 |
| 12 | MEDICINA | 29 |
| 13 | ENFERMAGEM | 17 |
| 14 | ODONTOLOGIA | 9 |

Quadro 2 - Trabalhadores das Unidades de Saúde

5.3.2 Coleta de dados

A coleta de informações foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas e observação participante que ocorreram entre julho e novembro de 2017.

Durante as entrevistas várias dificuldades tiveram de ser superadas, sendo a primeira delas o contato inicial com esses secretários. Como este cargo parece exigir muito dos secretários, eles sempre tinham pouco tempo para responder às perguntas. O agendamento das entrevistas foi outro grande problema, já que para se agendar com um secretário de saúde deve-se passar por vários setores antes. O caminho mais fácil foi encontrá-los em reuniões agendadas na DRS-XIV.

Todas as entrevistas foram realizadas com a autorização dos entrevistados e com total ciência do objetivo da pesquisa, sendo que foram assinados os Termos de Consentimento Livre e Esclarecidos.

A primeira parte da pesquisa, constituída de entrevista com secretários de saúde, foi desenvolvida em todas as cidades da DRS-XIV de São João da Boa Vista, São Paulo. Essas entrevistas foram realizadas em parte nas dependências da DRS-XIV, nos intervalos das reuniões de Secretários de Saúde e em parte nas cidades dos próprios secretários. A segunda parte da pesquisa, constituída de observação participante em grupos de EPS, foi realizada apenas nas cidades que possuíam grupos constituídos de EPS, verificadas com a DRS-XIV e com os secretários de saúde. A escolha do campo se deu por ser um local pouco estudado em consonância com a temática da educação permanente em saúde e ainda ser o local de trabalho do pesquisador. Em uma terceira fase foi percebida a necessidade de entrevistar os trabalhadores das unidades de saúde, desta forma escolheu-se a cidade de São Sebastiao da Grama, por ser uma das únicas cidades com cobertura de 100% de APS na DRS XIV, de acordo com o Sistema de Nota Técnica do Departamento de Atenção Básica (dab.saude.gov.br).

A partir da confirmação da participação dos sujeitos, foi necessário readequar a agenda prevista. A proposta inicial previa a realização das entrevistas em uma reunião de Secretários da Saúde no ambiente da DRS-XIV, no entanto, em virtude das dificuldades de horários dos participantes, a agenda foi revista e modificada ficando, então, constituída de duas visitas à DRS-XIV, mais nove visitas pessoais às cidades dos Secretários de Saúde. Para as observações participantes foram feitas visitas presenciais aos grupos de EPS no dia exato da realização de sua atividade.

A participação de todos os participantes foi voluntária, sendo que a coleta de informações foi desenvolvida em local de fácil acesso para os participantes, os quais, ou estavam em local de reunião na DRS-XIV ou em seus locais de trabalho, não necessitando, assim, deslocamentos e gasto de tempo.

Nos encontros na DRS-XIV o objetivo da pesquisa foi apresentado a todos os participantes, bem como termo de livre consentimento. Nas reuniões de EPS todos os participantes foram informados antes do início que estariam participando de uma observação participante parte desse estudo, sendo que estavam livres para rejeitar a participação.

5.4 Questões éticas

Considerando que houve envolvimento de seres humanos, o projeto de pesquisa foi submetido à revisão ética e acompanhamento do Comitê de ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de São Carlos, atendendo as recomendações estabelecidas na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, sendo então aprovado. Esta informação consta no parecer 2.093.974 e pode ser conferida na Plataforma Brasil.

Todos os sujeitos participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme a portaria 466/12.

A pesquisa foi apresentada a cada uma das Secretarias Municipais de Saúde de cada cidade envolvida no projeto e futuramente apresentada a cada membro dos grupos de Educação Permanente para aprovação assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

5.5 Proposta de análise do material de pesquisa

Os dados das entrevistas foram tratados de acordo com a análise de conteúdo, na qual se deve descobrir os núcleos de sentido, gerados pelo sujeito ou grupo, “...que compõe a comunicação e cuja presença ou frequência de aparição pode significar alguma coisa para o observador analítico escolhido” (BARDIN, 1977, p. 105).

A trajetória da análise do material foi realizada seguindo quatro etapas: transcrição e organização de todo o material coletado nos processos de entrevista e de observação participante; leitura compreensiva do conjunto do material selecionado; exploração do material, em que foi efetivada a categorização a partir do material empírico; e o tratamento dos resultados através da elaboração de uma síntese interpretativa tentando fazer o diálogo entre pressupostos, questões e objetivos da pesquisa (GOMES, 2009).

Por meio da transcrição e organização do material coletado nas entrevistas foi possível organizar as ideias iniciais, levando à formulação de hipóteses que orientaram a interpretação final. Nessa fase houve a escolha das falas a serem analisadas, considerando os objetivos da pesquisa.

Na etapa de exploração do material, classificou-se o material obtido e realizou-se a categorização das expressões ou palavras significativas para sua organização, ou seja, a identificação dos núcleos de sentido. Além disso, essa etapa serviu para estabelecer um diálogo entre as informações coletadas e o referencial teórico que embasou a pesquisa.

Na fase seguinte foram realizados o tratamento, a inferência e a interpretação dos resultados, com o objetivo de chegar às unidades de significação dos conteúdos que constituíram os temas propriamente ditos. Cabe ressaltar, que mesmo havendo uma previsão de etapas formais, a construção da pesquisa e o conhecimento gerado a partir dela se constituiu num processo dinâmico, variável e permanentemente (re)construtivo.

Em um segundo momento foi feita a análise das observações participantes com o propósito de demonstrar em qual contexto realizou-se a pesquisa. Para realizar essa análise o texto da PNEPS (BRASIL, 2009) foi utilizado como base comparativa das práticas assistidas.

A primeira proposta de análise do material foi utilizar a análise de conteúdo novamente, porém, as reuniões eram de EPS e não sobre EPS, o que dificultou o tratamento dos dados. Na análise de conteúdo os núcleos de sentido faziam referência a questões próprias do município e nada tinham a ver com o objeto da pesquisa, ou seja, não diziam respeito à EPS em APS. Decidiu-se, desta forma, por utilizar o material para contextualizar o trabalho de EPS na região da DRS-XIV.

Inicialmente foi feita a gravação das reuniões de EPS nos municípios participantes. Todos os indivíduos participantes das reuniões estavam cientes da minha participação e concordaram em participar da pesquisa por meio da assinatura do TCLE.

A postura do pesquisador durante as reuniões foi de observador passivo, enquanto anotava pontos de maior interesse no diário de campo. Após as reuniões as sessões foram transcritas e utilizou-se um método de classificação do material analisado.

Selecionou-se os critérios descritos na PNEPS para se enquadrar uma reunião como sendo de EPS e houve tentativa de enquadrar aspectos das reuniões nos critérios.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1 Contextualizando a pesquisa

Na análise das entrevistas dos Secretários de Saúde que participaram da pesquisa pode-se destacar a importância de se trabalhar o aprendizado no ambiente laboral. A análise dos dados sugere que algumas vezes os aspectos que envolvem aprendizagem ficam em um plano mais distante nas ações de saúde. Percebe-se que os secretários tendem a entender a educação como algo de extrema relevância nos serviços de saúde, porém, essa relevância é pouco colocada em prática.

Sabendo-se que os pressupostos da PNEPS seriam investir na inter-relação entre formação, gestão, cidadania e trabalho em saúde, a partir de processos dialógicos e problematizadores que fomentem aprendizagens significativas, objetivou-se procurar nas entrevistas aspectos de falas que nos levassem a um ponto de consonância com esses pressupostos (BRASIL, 2009). Essas premissas da EPS têm como objetivo a implicação do profissional sobre o trabalho produzido na saúde e a melhoria da assistência ao usuário, estimulando o protagonismo, a reflexão e a recriação do ato de cuidar (FLORES, 2012).

Os resultados estão organizados, segundo a proposta de análise do material, conforme já apresentado. Portanto, apresenta-se inicialmente as observações feitas nos Núcleos de Educação Permanente em Saúde.

De acordo com Davini (2009), a EPS deve ocorrer no “próprio contexto social, sanitário e do serviço, a partir dos problemas da prática na vida cotidiana das organizações”. Isto quer dizer que a EPS deve vir de um planejamento educativo ascendente, partindo de uma análise dos coletivos da saúde e assim identificando os nós críticos a serem enfrentados na atenção e/ou na gestão (RIBEIRO et al., 2016).

“...foi feito um levantamento através da vigilância sanitária das tentativas de suicídio no município e das automutilações e nós vamos disponibilizar estas informações para a gente poder estar dialogando...sobre a prevenção de suicídio.” (P1)

Nessa observação percebeu-se que o NEPS utiliza dados da vigilância sanitária para criar sua ação em EPS. Foi realizada uma pesquisa no município e identificou-se que existia um alto índice de tentativa de suicídio. Por isso, em reunião de equipe decidiu-se realizar uma sessão de EPS com os agentes comunitários de saúde, para que estes fossem capacitados a intervir em situações iniciais de riscos em casos de possíveis pacientes com tendências suicidas.

Então, se de um lado a reunião de EPS surge de um problema real do contexto dos trabalhadores, que vai ao encontro do exposto na PNEPS, de outro lado essa prática acaba voltando à capacitação, que deve ser evitada sempre que possível (DAVINI, 2009). Para Pinto (2016) é comum o surgimento de capacitações advindas de processos e ações de EPS, porém, essa reunião foi tratada como a ação de EPS em si.

Na pesquisa realizada por Sena et al. (2017), percebeu-se que 11,6% dos municípios mineiros escolhem os temas utilizados nas ações de EPS através de levantamento de dificuldades e dúvidas dos profissionais, bem como dos aspectos epidemiológicos, visando responder as necessidades específicas dos serviços. Se computarmos os dados referentes à pesquisa realizada na DRS-XIV, de acordo com as respostas dos secretários de saúde, 5% dos municípios fazem o mesmo, ou seja, um município dos 20 pertencentes à DRS-XIV.

“...esta capacitação que foi agendada já. Faz parte de um programa do Ministério da Saúde, e como (São João) é multiplicador, estamos realizando este treinamento...” (P2)

Na segunda observação foi realizada uma capacitação para teste rápido. Essa capacitação já havia sido programada pelo Ministério da Saúde e teria ocorrido independente de ação de EPS. Ocorre que, de acordo com o gestor de saúde do município, toda ação de educação em saúde é gerenciada pela EPS, sendo assim, caracterizam todos os treinamentos como EPS.

“Nós vamos hoje falar de E-SUS, porque a avaliação está chegando e estamos com muito problemas. Tem muita coisa errada. Aí a gente trouxe o P4 para falar um pouco com vocês sobre como fazer o preenchimento correto do E-SUS”. (P3)

Na última observação realizou-se um treinamento sobre E-SUS. Esse treinamento não surgiu de uma dificuldade dos trabalhadores, mas sim da exigência por parte da DRS-XIV, visto que a avaliação do PMAQ-AB estava próxima. A P1 deixou claro que tinham pouco tempo para realizar o treinamento e deveriam trocar o sistema de cadastro dos usuários.

Em todas as três observações o ensino foi feito através de palestras, com profissionais capacitados explanando sobre os temas. As interações eram poucas e tinham apenas o intuito de retirar dúvidas.

O P1 traz a seguinte fala:

“Nós queremos hoje que vocês falem bastante para podermos tirar suas dúvidas. Então, no momento que formos explanando quero que vocês digam as dúvidas. Porque muitas vezes parece que está tudo muito claro, mas temos

muitas dúvidas. Queremos explicar principalmente para as agentes de saúde, para que elas possam trabalhar na prevenção, por exemplo, quando chega no pronto socorro não tem mais trabalho de prevenção, a tentativa já ocorreu.”

Destaca-se os seguintes trechos desta fala: “tirar dúvidas” e “explicar”. Através dessas palavras, que pressupõe existir alguém com um conhecimento superior e que irá passá-lo aos outros, percebemos que o caminho de construção do conhecimento seria descendente.

“...através desta troca de experiências hoje nós vamos estar montando este trabalho...” (P1)

No entanto, ao analisar o material é possível perceber que neste mesmo município há uma tentativa de se adequar a modelos inovadores de ensino, que podem ter ocorrido pela presença do observador no local, mas que são um início do processo.

Davini (2009) parte do pressuposto que as ações de EPS precisam ser reflexivas e participativas, voltadas à construção conjunta de soluções de problemas, uma vez que eles não existem sem sujeitos ativos que os criam. Esse preceito é reforçado por Ribeiro e Motta (1996) dizendo que os conceitos só podem ser apreendidos pelo sujeito se for relevante e significativo para o mesmo. Ora, se o indivíduo não participa da construção dessa reflexão, se a prática chega pronta para ele, se ele não pode encontrar nada dentro dele que faça ressonância com o problema abordado, as possibilidades de sucesso do ensino são reduzidas (AUSUBEL, 1968, 1969).

Duas das reuniões (P1 e P2) ocorreram em auditórios, com os palestrantes ficando em pontos superiores e utilizando de materiais como retroprojetores. Na outra reunião (P3) foi utilizada uma sala da UBS onde se colocou os participantes em semicírculo e os palestrantes ficaram em um ponto superior, também com retroprojektor.

A utilização do conceito de aprendizagem significativa é relatada por Ferreira et al. (2011) e por Vendruscolo et al. (2013) como essencial às ações de EPS, tendo em vista que fariam o trabalhador se engendrar nos meandros dos processos de aprendizagem e mudanças da prática laboral.

Muitos pesquisadores citam ainda que o trabalho com metodologias ativas, associado à aprendizagem significativa seria essencial em ações de EPS. O anexo II da Portaria 198/2004 traz “orientações para a operacionalização da política nacional de educação permanente em saúde como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores para o setor”, pontuando que as graduações em saúde com apoio de Pólos de EPS deveriam ocorrer por meio de metodologias ativas. As metodologias ativas de ensino-aprendizagem aliam as melhores evidências de efetividade na aprendizagem com a incorporação de recursos

tecnológicos, reduzindo os custos da EPS (INSTITUTO SÍRIO-LIBANÊS DE ENSINO E PESQUISA, 2009).

Para Feuerwerker e Sena (2002) a associação de metodologias ativas com processos de educação em saúde, sendo um destes a EPS, contribui para a sua efetividade, tornando-os mais integrados, sensíveis à realidade local, mais abertos às necessidades da população e mais comprometidos com a resolução de problemas.

As metodologias ativas funcionam como uma ferramenta para o processo de EPS se concretizar, permitindo ao sujeito participar e construir seu aprendizado coletivamente (AMORIM, 2013). A reflexão compartilhada é uma prática comum da ABP e da Metodologia da Problematização, entrando assim em consonância com os preceitos da PNEPS e potencializando as práticas de EPS (SANTOS et al., 2016). A associação da Metodologia da Problematização às ações de EPS também foram vistas como benéficas pelos sujeitos que participaram da pesquisa de Engstrom et al. (2016) por possibilitar o surgimento de um aprendiz ativo, observador, formulador de perguntas, expressando livremente percepções e opiniões.

O uso de metodologias ativas em pesquisas de EPS é relatado por vários autores (CAMPOS et al., 2001; CARDOSO, 2012; CAUDURO et al., 2017; CECCIM; FEUERWERKER, 2004; FLORES, 2012; LIMA et al., 2015; MENEZES et al., 2013; MICCAS et al., 2014; PERES; SILVA; BARBA, 2016; PINTO et al., 2010; SAUPE; CUTOLO; SANDRI, 2007).

6.2 Sobre aquilo que é ou não é educação permanente em saúde

“EPS é a escuta, uma reunião com os funcionários, começando lá de baixo, com a lógica ascendente, em que se colhe as necessidades e se planeja como resolver né.” (G1)

Essa fala é bastante significativa e se aproxima do que é discutido na literatura vigente em EPS, funcionando como uma força motriz de indagação do material a ser analisado. Dizer que EPS é escuta é reconhecer que o trabalho não é passivo, o coordenador de uma atividade em EPS deve, antes de tudo, estar atento às questões que emergem do trabalho vivo em ato, e isto só pode ser feito de uma posição em que se coloca a ouvir (PINTO, 2016).

Para Davini (2009) a EPS busca inverter a lógica em relação ao processo tradicional de educação, colocando as pessoas como “atores reflexivos da prática e construtores do

conhecimento e de alternativas de ação, ao invés de receptores”. É possível interpretar essa situação na fala da entrevistada quando a ela diz “...é a escuta...”, “...começando lá de baixo...”, “...com a lógica ascendente...”.

Em outro momento a entrevistada diz “porque a EPS é um encontro né”. Esse entendimento é o mesmo de Sena et al. (2017), que reforça dando a noção de que no encontro com o outro se torna possível a troca de modos de agir e saberes. A EPS é realmente um encontro, onde o mundo do trabalho e da aprendizagem se fundem, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho (BRASIL, 2004b). Ainda temos de estar atentos ao fato de que “encontro” pode ser entendido como o espaço onde pode acontecer mudanças reais ou se instrumentalizar e endurecer relações (CECILIO, 2009).

“EPS é um trabalho feito com roda de conversa, com grupo pequeno, e técnicas que permitam aos participantes colocar os seus conhecimentos e construir juntos.” (G4)

Encontramos aqui vários pontos a se analisar dentro do que é EPS. A primeira coisa a levar em conta é a “roda de conversa”, uma técnica utilizada, geralmente, em propostas de ensino-aprendizagem apoiadas pelas metodologias ativas (GUEDES-GRANZOTTI et al., 2015; SILVA.; CORTEZ, 2017; WALL; PRADO; CARRARO, 2008). Sena et al. (2017) entendem que as rodas de conversa são métodos de ensino-aprendizagem inovadores e podem ser vistas enquanto uma troca de saberes entre os participantes, sendo assim um fazer pedagógico (BOMFIM et al. 2017). A proposta de rodas de conversa, sob o nome de rodas de debate, foi realizada pelo Ministério da Saúde, no manual Polos de Educação Permanente (BRASIL, 2004b).

Devemos também destacar que a entrevistada cita o trabalho com “pequenos grupos”, que é um dos principais aspectos a serem observados em utilização de metodologias ativas, de acordo com Mitre et al. (2008), é um dos pontos centrais para a boa concretização da ABP. Esse ponto é corroborado por Navarro-Hernández e Zamora-Silva (2016) ao dizerem que a melhor forma de se trabalhar a ABP é com grupos pequenos, já que centra a aprendizagem no estudante e aumenta as possibilidades de aprendizagem. O trabalho em pequenos grupos também facilita a construção de vínculos, como visto por Vernaschi et al. (2015).

Os pequenos grupos tem função de melhorar a interação entre participantes e coordenadores no trabalho (COSTA, 2014). Diversos autores citam a utilização de pequenos grupos como forma de aumentar a qualidade das relações entre os participantes, diminuindo as

resistências e potencializando o aprendizado (CERVATO-MANCUSO et al., 2011; PARANHOS; MENDES, 2010; WALL; PRADO; CARRARO, 2008).

Entendemos que a entrevistada cita mais um ponto crucial, tanto da EPS quanto das metodologias ativas, que é a construção coletiva, ou seja, o “construir em conjunto”. Vários autores realçam essa necessidade para o trabalho de EPS, informando que a construção coletiva é de suma importância para o bom desempenho do processo e possível modificação do ambiente, da prática e da realidade do trabalho em saúde (AMORIM, 2013; BRASIL, 2004b; CARDOSO, 2012; MICCAS et al., 2014; PINTO et al., 2010). Um dos diferenciais da EPS reside justamente na possibilidade e necessidade de construir conhecimento coletivamente e, assim, ela assume um papel democrático (CARDOSO et al., 2017).

“A reunião é semanal, mas a apresentação é quinzenal. A agente de saúde estuda aquele tema e é ela que apresenta. Ela faz um estudo de caso com roda de conversa... é uma reciclagem na verdade né?” (G5)

A secretária que faz a citação acima demonstra que existe um trabalho aproximado de EPS, com reuniões periódicas na unidade de saúde, com utilização de uma metodologia inovadora, roda de conversa, com o foco no trabalhador. Esses princípios são básicos na EPS, porém, a secretária encara isto como “...uma reciclagem na verdade...”, conceito mais aproximado da educação continuada. Outros temas necessários para se configurar uma prática de EPS não são contemplados pelas atividades do município:

“Os temas são escolhidos para os agentes de saúde, depois eles apresentam, faz uma roda de conversa na verdade.” (G5)

A lógica da EPS deve se basear no planejamento e programação educativa ascendente, partindo da análise coletiva dos processos de trabalho, para identificar os nós críticos, de natureza diversa, a serem enfrentados na gestão e na atenção (BRASIL, 2011). Esse processo deve ocorrer de forma descentralizada e transdisciplinar, a busca dos temas e objetivos da EPS devem surgir de forma ascendente em conjunto com a realidade do trabalho de saúde, com vistas a melhorar o atendimento à população (AMORIM, 2013; BOMFIM *et al.*, 2017; BRASIL, 2004c, 2011; CECCIM; FEUERWERKER, 2004; CARDOSO, 2012b; FLORES, 2012; PERES; SILVA; BARBA, 2016). O que vemos na fala acima é uma inversão de valores, em que os temas são escolhidos pela gestão e apresentados aos trabalhadores.

“...a gente percebe que muitas vezes continua sendo de cima para baixo, a gente percebe que eles fazem até essas reuniões... Mas às vezes a gente percebe que vem muita coisa do próprio olhar do gerente da unidade...” (G1)

Esta fala vai ao encontro do que foi exposto acima, um resultado que comprova o fato de que algumas vezes o trabalho de EPS está em desenvolvimento (pelo menos na percepção de alguns entrevistados), mas falta um ponto crucial: a busca ascendente das queixas criando a possibilidade de envolver os atores ativamente no processo.

6.2.1 O conhecimento como foco das práticas

Interessante notar como cada fala expressa a realidade de indivíduos diferentes, com histórias diversificadas e que se traduzem em entendimentos múltiplos, que para alguns pode parecer como opostos.

“... educação permanente a gente faz, por exemplo, semana da tuberculose, a gente tenta passar esse conhecimento e essa conscientização sobre a doença para profissionais e a comunidade, para todos entender a importância da doença...” (G6)

“Temos oficinas, temos palestras, quando eu entrei na gestão há 6 meses né, eu estou tentando colocar minha cara, minha cara é de uma pessoa de tentar espalhar o conhecimento o máximo possível.” (G2)

Notamos agora uma nova forma de ver a EPS, uma particular da realidade e do ponto de vista dos secretários de saúde. Estes que em sua grande maioria não possuem formação em saúde pública, 16 entrevistados (76%). A fala dos secretários torna possível inferir que o conceito de EPS é analisado e trabalhado de forma diversa nos municípios do que é orientado por G1.

É possível entender, através da fala dos entrevistados, que muitas vezes o conhecimento parece definir a prática. Os secretários, em sua maioria, parecem acreditar que um tema deve ser escolhido, ou pela gestão de EPS da DRS-XIV, ou pelo Ministério da Saúde, para que, somente depois, seja formatado algum curso, palestra ou capacitação.

A ideia de que o conhecimento é o fator principal que irá orientar as práticas de EPS se repete em várias entrevistas, algumas de forma clara e outras de forma sutil.

“Acho que assim, seria, é o que falta no momento sabe, que eu acho que os governantes deviam tá dando mais atenção para este tópico, para os funcionários terem mais conhecimento do papel deles dentro da Saúde” (G7)

A fala da maioria dos secretários se diferencia da fala de G1. Enquanto para esta a EPS se traduz em “encontro”, com “lógica ascendente”, para aqueles parece ser algo muito mais voltado para a atualização ou aquisição de conhecimento, de forma descendente.

“... a gente está fazendo a semana do aleitamento materno, para isso eu estou chamando todos os funcionários para dar primeiro um treinamento sobre aleitamento materno para depois passar isso pra população...” (G8)

“A gente tem feito educação permanente junto com o nep (Núcleo de Educação Permanente) daqui né. E nós oferecemos vários cursos né, foi dado para a limpeza, foi dado para saúde mental, que os funcionários fizeram curso de acolhimento.” (G5)

A literatura demonstra que é bastante comum a prática de secretários estar focada na atualização de conhecimentos em detrimento da construção conjunta de conhecimentos. Durante essa pesquisa, esse foi o tema mais abordado pelos secretários ao falarem sobre EPS. Essa é uma preocupação comum dos secretários de saúde, os quais se preocupam muito com o nível de conhecimento adquirido por seus trabalhadores (BOMFIM et al., 2017; SENA et al., 2017; SILVA et al., 2017; VENDRUSCOLO et al., 2013).

No entanto, o conhecimento não deve ser o único foco da EPS (BOMFIM et al., 2017; CECCIM, 2005a,b; MERHY; GOMES, 2016; SILVA et al., 2017; ZAPEDA, 2016). A EPS não pode se basear unicamente no conhecimento, mas deve estar atenta à análise dos múltiplos sentidos que o trabalho assume na vida do indivíduo, fazendo assim que se alterem as práticas laborais (BRASIL, 2009).

A forma como a maioria dos secretários da DRS-XIV, 85% (18 secretários), e dos trabalhadores das Unidade de Saúde, 100%, enxergam a EPS vai ao encontro dos conceitos de Educação Continuada que se caracteriza pela realização pontual de capacitações, na sua maioria de caráter programático e centralizado, visando à atualização de conhecimentos de categorias profissionais específicas (CARDOSO, 2012). Ainda nessa lógica Cunha e Mauro (2010) entendem Educação Continuada como um conjunto de atividades educativas para a atualização do indivíduo.

“Acho que é uma educação continuada. São cursos que a gente tem sobre algum tema. De atualização.” (TRABALHADOR 1)

“Imagino que seja um curso, que você faça mensalmente e que possa inclusive ser pela internet, mas eu não faço nenhum.” (TRABALHADOR 2)

“Ah eu acho que seria como atualizações dentro de sua área. Acho que palestras ou, até mesmo, cursos voltados para o que você trabalha, na sua área.” (TRABALHADOR 3)

“...é tipo uma educação que continua?” (TRABALHADOR 3)

A confusão sobre o conceito de EPS ganha destaque especial nessa análise, considerando sua relevância para a construção da EPS como descrita na PNEPS, tendo em vista que os conhecimentos prévios dos secretários influenciam a forma como irão fazer a gestão de saúde em seus municípios, assim como o conhecimento dos trabalhadores pode demonstrar como essas práticas estão repercutindo na realidade do trabalho. Esse argumento encontra apoio na literatura, que aponta que os saberes e os conhecimentos dão suporte e favorecem a construção de novos conhecimentos na realidade construída anteriormente pelo trabalhador (ROSCHKE, 1997).

Esta confusão se faz presente ainda hoje em grande parte dos ambientes laborais, utilizando-se conceitos de Educação Continuada para se definir EPS, sendo então premente uma atualização constante desse “desconfundimento” já que muitos serviços alteraram o nome de suas práticas tradicionais para EPS, mas mantiveram o seu formato como anteriormente, fortemente centralizado em modelos de capacitação (MERHY; GOMES, 2016).

A lógica da EPS deve residir muito mais na transformação das práticas de trabalho do que na atualização de conhecimentos. “A Educação Permanente em Saúde constitui estratégia fundamental às transformações no setor para que venha a ser lugar de atuação crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e tecnicamente competente” (CECCIM, 2005b).

“... inclusive ontem a gente teve dois dias consecutivos, um programa de formação para aplicação de teste rápido com profissionais de enfermagem...” (G2)

“Também em educação permanente a gente quer colocar o treinamento da academia de saúde com um Educador Físico...” (G6)

“Estamos montando um grupo de educação permanente em que as enfermeiras dos ESFs irão capacitar as técnicas (se refere às técnicas de enfermagem), de acordo com as necessidades...” (G8)

“Não, é só a enfermagem. Geralmente somente só para superior. Para as técnicas não tem. Ah! As ACSs tiveram um curso de formação no ano passado. Foi alguns meses, mas este foi aqui. Elas iam toda semana fazer.”
(TRABALHADOR 1)

Estabelecemos aqui que os secretários de saúde têm a sua percepção particular sobre o que seria EPS. Desta forma, entendemos que a execução das práticas de EPS no município serão guiadas por essa percepção do gestor. As falas acima nos permitem imaginar que os secretários fazem/programam as práticas que entendem por EPS definidas por classes profissionais.

A lógica de entendimento por parte dos secretários parece ser a de analisar um déficit de aprendizagem de determinado grupo profissional e preencher a lacuna com cursos e atualizações. Em estudo recente encontrou-se como público principal das ações de EPS em Minas Gerais os Enfermeiros, que eram mencionados por 71% dos municípios como centro das atividades (SENA et al., 2017). O fato de se escolher um público específico, de acordo com os conhecimentos a se trabalhar, está muito mais vinculada à educação continuada do que à EPS (BRASIL, 2004c).

6.2.2 Modus operandi

A forma como se organiza a EPS também é de grande importância para a sua boa concretização. De acordo com Brasil (2004c) a EPS deve operar a partir de uma leitura coletiva dos processos de trabalho, identificando-se os nós críticos, enfrentados na atenção ou na gestão, ou seja, deve ser prioritariamente ascendente.

“... quando aparece a gente faz. Essa educação permanente a funcionária daqui vai para São João a cada convocação. Ela vai para São João e lá ela traz. Ela vai, ela passa pra gente, ela passa para os funcionários, é tipo uma educação continuada.” (G7)

“Eu comecei a perceber que muitas pessoas estão no serviço e não sabem da importância que tem o sus. Elas trabalham e não valorizam. O tema desta EPS era “Onde estamos inseridos”. Eu faço este trabalho com o pessoal que ingressa, funcionário novo sabe.” (G4)

A lógica aqui acontece de forma inversa. Os secretários informam, em 47% (10 secretários) dos casos, que seguem recomendação da DRS-XIV para formatar suas práticas de EPS.

“A gente tem a educação permanente que são os cursos oferecidos à distância por São João (sede da DRS-XIV)”. (G6)

Muitos autores citam como fato imprescindível para se caracterizar como EPS uma prática, a ordem ascendente das ações de EPS, sendo que o foco deve ser buscado através das vivências dos trabalhadores, in loco, para que as práticas sejam modificadas, promovendo o diálogo entre as políticas gerais e a singularidade dos lugares e pessoas (BRASIL, 2009; CARDOSO, 2012; CECCIM, 2005b,a;MERHY; GOMES, 2016; SENA et al., 2017; ZAPEDA, 2016).

“...tem também o trabalho do tabagismo, que é feito para prevenção de câncer de pulmão, outros que a gente faz, hiperdia e diabetes...” (G6)

“A fonoaudióloga trabalha muito junto da educação, agora mesmo em Agosto ela vai fazer uma palestra de amamentação, junto com a articuladora da educação permanente.” (G8)

As falas acima são relatos de entrevistados que entendem a EPS como práticas fragmentadas, através das quais se deve oferecer cursos, palestras, atividades educativas que no geral são desarticuladas em relação à gestão, à organização do sistema e ao controle social. A atividade educativa por eles mencionada é pontual e se esgota em si mesma.

Se a EPS é aprendizagem-trabalho, se a EPS é feita a partir dos problemas enfrentados na realidade, se a EPS leva em consideração os conhecimentos e experiências dos trabalhadores, como descrito na PNEPS (2009), a simples criação de ações de enfrentamento de problemas reais de toda a população não se caracteriza como EPS. O que alguns secretários demonstravam

era que estas práticas já existiam, como prevenção de problemas específicos de saúde, e eles passaram a nomeá-las como EPS, algo que também foi percebido por Merhy e Gomes (2016).

Um dado significativo encontrado foi que em 76% das entrevistas com os secretários foram citadas as palavras “palestra”, “capacitação”, “cursos” e “treinamento” para se referir à EPS, dando-se a entender que estes eram os focos da ação nas determinadas cidades. Já com relação aos trabalhadores de UBS, 100% citaram palavras semelhantes, ou que possuíam o mesmo sentido dentro do contexto.

A confusão entre EPS e Educação Continuada é um ponto central do desenvolvimento do SUS, visto que a prática não tem se mostrado alterada e apenas os nomes têm sido atualizados (MERHY; GOMES, 2016). Em pesquisa recente publicada em 2017, Bonfim et. al. percebem que os trabalhadores de atenção primária e secretários de saúde confundiam ou não tinham qualquer conhecimento sobre o conceito e desenvolvimento da prática de educação permanente.

“...enquanto a educação permanente continuar orientada ou desenhada por atores que compartilham os mesmos comportamentos que se tenta eliminar, é normal que não se discutam as rotinas que inibem as mudanças, o que reforça, em muitos casos, os padrões de controle (status quo).” (DAVINI, 2009)

De acordo com G1, os secretários de saúde mantêm o comportamento antigo e usual de trabalhar com Educação Continuada como se fosse EPS. A citação acima representa o que foi dito pela entrevistada e que pode ser corroborado pela fala abaixo:

“Olha, a maioria é aula, eles não fazem uma roda e querem ver o que a pessoa entende. A lógica é inversa, eles vêm aqui, sugam tudo e querem propor cursos e capacitações. Não vem dos trabalhadores para a gente, eles vêm aqui e querem levar ideais. Eles não estão interessados em construir o conhecimento em conjunto.” (G1)

6.3 Sobre a valorização da EPS

“... a minha meta hoje é a de qualificação do pessoal de saúde...” (G4)

“Falando de educação na saúde na verdade são todas as áreas, a gente tem um setor né que é o (nome do articulador), que é o responsável por este setor de divulgação e educação permanente.” (G2)

A valorização da educação, por parte dos secretários do município, é de extrema importância para a efetivação de uma política municipal de EPS. Os entrevistados, em sua maioria, dão a entender que se preocupam com políticas de educação em saúde. As falas acima mostram que os secretários dizem colocar a educação como meta, colocando até mesmo profissionais responsáveis por setores de educação em saúde.

“A gente tenta sempre fazer reciclagem com os funcionários, para eles estarem com os conhecimentos necessários para trabalhar” (G9)

As entrevistas levam-nos a crer que as práticas de educação, por mais que não estejam identificadas como nos textos do Ministério que versam sobre EPS, são em certa medida valorizadas pelos secretários. Esse dado pode ser comparado com a pesquisa de Vendruscolo et al. (2013) que percebem que a EPS é valorizada, em certa medida, na Macrorregião Oeste de Santa Catarina, porém como forma de aperfeiçoamento da prática laboral de trabalhadores da atenção primária.

“Temos algumas coisas de entidades particulares e alguns... só treinamento básico de SUS, que não chega a ser, não dá para considerar como um treinamento.” (G10)

Para Silva et al. (2017) a falta de clareza quanto à oferta de propostas educativas indica, de igual modo, o não investimento e a não valorização da educação como precursora de mudanças no espaço de trabalho.

“Para mim a educação na saúde é muito importante... Meu município é pequeno e não temos núcleo. Mas temos a interlocutora que é fono também. Não tem como colocar uma pessoa específica só para educação permanente. O município não consegue.” (G5)

“Lógico que temos educação na saúde, inclusive temos o NEP (Núcleo de Educação Permanente)... ah! Ela não é exclusiva da EPS, ela é articuladora da Atenção Básica também, e de 15 em 15 dias ela programa cursos do NEP...”
(G3)

Devemos analisar nesta situação, qual o valor dado à educação como precursora de mudanças. Durante as entrevistas alguns secretários se mostraram interessados em deixar claro que a educação era um dos pilares de mudanças de sua gestão, mas esse fato não podia ser comprovado através de práticas reais.

A falta de profissionais dedicados exclusivamente ao planejamento de EPS, encontrado nessas falas, foi uma das dificuldades encontradas no trabalho de Peres, Silva e Barba (2016). As autoras ressaltam que na fala dos entrevistados isto estava presente como uma dificuldade para a concretização de um bom trabalho em EPS.

Segundo Silva et al. (2017) isto também pode ocorrer por ações de educação ocorrendo no contexto da saúde culturalmente não ser valorizada, entendendo-se que é descolada das realidades/necessidades e, também, do trabalho.

“Na verdade, a gente tem interlocutor que só tá lá porque é obrigado mesmo. Se não fosse a gente nem tinha.” (G11)

“Nós até temos uma interlocutora, mas com o número de funcionários que temos, todo mundo faz duas ou três funções.” (G10)

“Ela está prestando serviço de auxiliar administrativo. Ela desempenha várias funções.” (G7)

Os secretários de cidades com menos de 20 mil habitantes relataram dificuldades em determinar profissionais que pudessem gerenciar as ações de EPS no município. A dificuldade para financiar as ações de EPS também pode ser um dos fatores que influenciam a valorização dessa política. De acordo com Pinto (2016), é recomendável que os recursos da atenção primária sejam utilizados em ações de EPS, visto que este teria um possível retorno com as alterações das práticas de trabalho que são responsáveis pelas mudanças nos processos de saúde. Entretanto ele sinaliza que os suportes financeiros diretos são insuficientes.

Com vistas a sanar este problema o Ministério da Saúde lançou a portaria 3.194, de 28 de novembro de 2017, a qual dispõe sobre o Programa para o Fortalecimento das Práticas de

Educação Permanente no SUS – PRO EPS SUS. O objetivo desse programa é estimular, acompanhar e fortalecer a qualificação profissional dos trabalhadores da área de saúde para a transformação das práticas de saúde em direção ao atendimento dos princípios do SUS.

O incentivo financeiro será no valor de onze mil reais para os municípios que possuírem até três Equipes de Atenção Básica. Esse valor será acrescido de mil reais para cada intervalo de uma a cinco Equipes de Atenção Básica.

Em uma última entrevista com G1, ela demonstra descontentamento com a forma que a EPS é valorizada pelos secretários de saúde.

“E você sabe que os secretários não valorizam, eles nunca querem investir. A gente faz fórum, explica, mas a maioria não vem.”

“O interlocutor, por exemplo, da cidade de G2, ele está preocupado em tirar foto de cafezinho.”

É possível inferir por sua fala que ela possui a crença de que os secretários não valorizam o processo de EPS. Questionada sobre o entendimento que os secretários tinham do mesmo, responde:

“Foi ofertada uma capacitação de eps aqui, eu falei para eles e peguei inscrição. Nenhum município quis fazer. Você acredita? Ninguém se importa com EPS. Deveria ser obrigatório ter um profissional, porque muitas vezes só pegam um enfermeiro e colocam como articulador, para cumprir papel.”

Esse fato foi encontrado em pesquisa realizada entre 2013 e 2015 com os responsáveis pela gestão de EPS das Secretarias Estaduais de Saúde que queixaram-se da falta de prioridade dada ao tema, tanto no próprio estado quanto nos municípios (PINTO, 2016).

É importante ter em mente que na PNEPS já se esboçam os critérios para começar um projeto de gestão educativa com a EPS no centro dele. Davini (2009) reforça que é necessário coordenar e assegurar, entre outras coisas, a capacidade de gestão dos projetos nos próprios serviços, capacitando as equipes no enfoque e metodologia de educação permanente no trabalho, assim como na programação e gestão dos projetos.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao percorrer o caminho exploratório desta pesquisa e analisar o processo de se fazer Educação Permanente em Saúde na Atenção Primária, buscou-se identificar como são realizadas estas práticas na realidade da DRS-XIV. A partir dos referenciais das metodologias ativas, da EPS e da APS, foi possível apreender alguns dos sentidos dados pelos secretários e trabalhadores desta região para as práticas por eles vivenciadas como EPS.

O processo de coleta de dados da pesquisa ocorreu com diversos percalços. Conseguir entrevistar os secretários de saúde foi um grande desafio devido à complexidade do cargo e às grandes demandas para o mesmo, tive dificuldade em encontra-los com tempo disponível para serem entrevistados.

Outra dificuldade foi o campo de pesquisa para a observação participante. Uma das cidades que possuíam reuniões estruturadas de EPS parou de realizar as atividades quando eu iniciei a pesquisa.

No entanto, em meio a tantas dificuldades e desencontros, a pesquisa foi realizada de modo a obtermos resultados satisfatórios e que podem ajudar em futuros trabalhos de implantação de EPS.

Por meio da observação de reuniões de EPS foi criado um contexto onde foi possível perceber a realidade em que estão inseridas estas reuniões e como elas se relacionam com a literatura vigente cientificamente. É perceptível que cada cidade possui uma realidade diferenciada e que isto se traduz nas diferenças observadas nas reuniões. Há uma clara tentativa de adequação aos pressupostos da PNEPS em uma das cidades observadas, sendo que nas outras duas a adequação ainda não parece estar ocorrendo de forma tão clara.

Nas entrevistas com os secretários foi possível perceber que alguns possuem um entendimento particular do que seria EPS e talvez daí surjam as divergências nas falas e práticas. Enquanto dois secretários entendem a EPS como descrito na literatura, uma outra secretária entende de forma aproximada à EPS em alguns pontos e de forma aproximada à Educação Continuada em outros.

Observou-se que 85% dos secretários compreendem as práticas de EPS de forma aproximada ao conceito de Educação Continuada, entendendo que a aquisição de conhecimento seria o foco das ações de EPS. Esse dado é relevante visto que a literatura atual vem debatendo esta confusão entre conceitos que já ocorre desde a implantação dos programas de EPS no Brasil. Percebe-se por meio das falas dos entrevistados que as reuniões de EPS se pautam em

capacitações, na maioria de caráter programático e centralizado, com foco em atualização de conhecimentos de algumas categorias específicas.

Outros resultados observados diziam respeito ao Modus Operandi da EPS. Constatou-se que 47% dos secretários esperavam que as ações de EPS fossem propostas pela DRS-XIV. Esse dado vai ao encontro da proposta descendente, na qual o gestor propõe algo para os trabalhadores que não foi analisado, coletado e pesquisado na fonte do problema.

As falas dos secretários mostram que 76% deles entendem EPS como “palestra”, “capacitação”, “cursos” e “treinamento”, enquanto que 100% dos trabalhadores entrevistados citam essas palavras ao se referir a EPS.

As metodologias ativas foram citadas em algumas entrevistas, e constatou-se que dois secretários possuem conhecimento sobre o tema e entendem que as práticas de EPS pautadas por estas metodologias possuem maior efetividade. No entanto, não foi possível observar essas práticas nas reuniões de EPS.

Por fim, percebeu-se que há uma valorização da EPS por parte dos secretários que investem, dentro de suas possibilidades orçamentárias, no que acreditam ser EPS. Dentro de sua visão, a maioria tem investido em EPS. Vale notar que a literatura indica que a valorização da EPS passa por um conhecimento do trabalho, bem como por contratação de profissionais exclusivos para o trabalho, algo que acontece em apenas três dos municípios entrevistados. No entanto, como a pesquisa indica, a grande maioria dos secretários de saúde não compreendem a EPS como vem sendo descrita nos textos do Ministério da Saúde, ou seja, investem como podem e dentro de seus conhecimentos.

Há ainda um último dado importante, secretários de cidades com menos de 20 mil habitantes relataram terem maiores dificuldades de trabalhar efetivamente com EPS, por ser difícil dedicar um profissional exclusivamente para este fim.

É possível entender que há evolução no processo de desenvolvimento da EPS na DRS-XIV com secretários interessados e se esforçando para adequar suas ações às propostas da PNEPS, no entanto, muitos secretários apenas trocaram o nome das práticas de Educação Continuada para EPS e mantiveram as mesmas intervenções.

Os dados dessa pesquisa vão ao encontro dos encontrados na literatura, de que a EPS ainda não se consolidou como prática vigente no SUS, mas que caminha para se estabelecer como um caminho possível para garantir as práticas de Atenção Primária no SUS. Sendo assim, me parece que mais pesquisas desse tipo precisam ser realizadas, para que as práticas de EPS sejam desveladas em cada região e assim as adequações necessárias sejam feitas.

Espero que com esse trabalho possa ter auxiliado de alguma forma o processo de implantação da EPS no SUS, de forma que a educação seja realizada de maneira ascendente, com práticas de metodologias ativas, tendo em vista a alteração do trabalho para melhor atender ao SUS. Desejo que o mesmo possa propiciar a iniciativas de EPS que visam fortalecer os ambientes de trabalho e garantir os direitos dos usuários do SUS.

REFERÊNCIAS

- ALVES, L. et al. **Educação Permanente em Saúde: Uma estratégia para articular Ensino e Saúde**. *Rev. Rene.*, Fortaleza, v. 14, nº 5, p. 1050–1060, 2013.
- AMORIM, A. C. M. **Educação permanente na estratégia da saúde da família: oportunidades de aprendizagem e inovação da prática profissional**. 100 p. - UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO, 2013. Disponível em: <http://www2.unifesp.br/centros/cedess/mestrado/teses/tese_143_educacao_permanente_estrategia_amanda_caroline.pdf>. Acesso em: 01/ago./17.
- ANDRADE, S. R. De et al. **O Estudo De Caso Como Método De Pesquisa Em Enfermagem: Uma Revisão Integrativa**. *Texto & Contexto - Enfermagem*, Florianópolis, v. 26, nº 4, p. 1–12, 2017. ISBN: 1700536001, ISSN: 1980-265X, DOI: 10.1590/0104-07072017005360016.
- APARECIDA, M. et al. **Concepções sobre a aprendizagem baseada em problemas: um estudo de caso na Famema**. *Rev. bras. educ. méd*, Brasília, v. 30, nº 3, p. 125–135, 2006. ISSN: 0100-5502, DOI: 10.1590/S0100-55022006000300003.
- ARANTES, L. J. et al. **Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura**. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, nº 5, p. 1499–1510, 2016. ISSN: 1413-8123, DOI: 10.1590/1413-81232015215.19602015.
- ARIES, P. **História Social da Criança e da Família**. Rio de Janeiro: LTC - Livros Técnicos e Científicos Editora S.A, 1981.
- AUSUBEL, D. P. **Some psychological and educational limitations of learning by discovery**. *The Arithmetic Teacher*, [s.l.], v. 11, nº 5, p. 290–302, 1964.
- _____. **Early versus delayed review in meaningful learning**. *Psychol. Schs.*, Muncie, v. 3, nº 3, p. 195–198, 1966.
- _____. **Facilitating meaningful verbal learning in the classroom**. *The Arithmetic Teacher*, [s.l.], v. 15, nº 2, p. 126–132, 1968.
- _____. **A cognitive theory of school learning**. *Psychol. Schs.*, Muncie, v. 6, nº 4, p. 331–335, 1969.

_____. **The Acquisition and Retention of Knowledge**. New York: SPRINGER+BUSINESS MEDIA, BV., 2000.

ÁVILA, M. M. M. **ORIGEM E EVOLUÇÃO DO PROGRAMA DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NO CEARÁ**. *RBPS*, Vitória, v. 24, nº 2, p. 159–168, 2011.

BARBOSA, E. F.; MOURA, D. G. De. **Metodologias Ativas de Aprendizagem na Educação Profissional e Tecnológica**. *B. Tec. Senac*, Rio de Janeiro, v. 39, nº 2, p. 48–67, 2013.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Martins Fontes, 1977. 1-118 p. ISBN: 9724408981, ISSN: 1098-6596, DOI: 10.1017/CBO9781107415324.004.

BARRA, S. A. R. **Gestão da estratégia saúde da família: o desafio de consolidar a intersetorialidade**. 2000 p. - Universidade Federal de Juiz de Fora, 2013. Disponível em: <<http://www.ufjf.br/ppgservicosocial/files/2013/04/sabrina.pdf>>. Acesso em: 05/out./18.

BERBEL, N. A. N. **Metodologia da problematização: uma alternativa metodológica apropriada para o ensino superior**. *Semina: Ciências Sociais e Humanas*, Londrina, v. 16, nº 3, p. 09, 1995. ISSN: 1679-0383, DOI: 10.5433/1679-0383.1995v16n3p09.

_____. **A problematização e a aprendizagem baseada em problemas**. *Interface Comun Saúde Educ*, Botucatu, v. 2, nº 2, p. 139–154, 1998. ISSN: 1414-3283, DOI: 10.1590/S1414-32831998000100008.

_____. **As metodologias ativas e a promoção da autonomia de estudantes**. *Semina: Ciências Sociais e Humanas*, Londrina, v. 32, nº 1, p. 25–40, 2011. ISSN: 16765443, DOI: 10.5433/1679-0359.2011v32n1p25.

_____. **A Metodologia da Problematização em três versões no contexto da didática e da formação de professores**. *Rev Diálogo Educ.*, Curitiba, v. 12, nº 35, p. 103–120, 2012. ISSN: 1518-3483, DOI: 10.7213/dialogo.educ.5904.

_____. **Metodologia da problematização: respostas de lições extraídas da prática**. *Semina: Ciências Sociais e Humanas*, Londrina, v. 35, nº 2, p. 61, 2014. ISSN: 1679-0383, DOI: 10.5433/1679-0383.2014v35n2p61.

BERNHEIM, C. T. **La Educación permanente y su impacto en la educación superior**. *New papers on higher education: studies and research UNESCO*, [s.l.], v. 11, p. 1, 1995.

BISPO JÚNIOR, J. P.; MOREIRA, D. C. **Educação permanente e apoio matricial: formação, vivências e práticas dos profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família**

e das equipes apoiadas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 33, nº 9, 2017. ISSN: 0102-311X, DOI: 10.1590/0102-311x00108116.

BLIGH, J. **Problem-based learning in medicine: an introduction.** *Postgraduate medical journal*, [s.l.], v. 71, nº 836, p. 323–6, 1995. ISBN: 0032-5473, ISSN: 0032-5473, DOI: 10.1136/pgmj.71.836.323.

BOMFIM, E. D. S. et al. **Educação permanente no cotidiano das equipes de saúde da família: utopia, intenção ou realidade?** *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, Rio de Janeiro, v. 9, nº 2, p. 526, 2017. ISSN: 2175-5361, DOI: 10.9789/2175-5361.2017.v9i2.526-535.

BORDENAVE, J. E. D. **Alguns fatores pedagógicos.** In: SANTANA, J. P.; CASTRO, J. L. (Orgs.). *Capacitação em Desenvolvimento de Recursos Humanos CADRHU*. Natal: Ministério da Saúde/Organização Pan-Americana da Saúde/ Editora da UFRN, 1999. p. 261–268.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** *Imprensa Nacional*. [s.l.]: [s.n.], 1988. 1-139 p. ISBN: 9788573657326.

_____. **Lei n.8080, de 19 de setembro de 1990.** [s.l.], p. 15, 1990. ISBN: 8585142219.

_____. **Saúde da Família: Uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial.** Brasília: Ministério da Saúde, 1997. 1-37 p.

_____. **Programa Agentes Comunitários da Saúde - PACS.** Brasília: Ministério da Saúde, 2001b. 40 p. ISBN: 8533402716.

BRASIL. **Pólos de Educação Permanente em Saúde Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS Caminhos para a Educação Permanente em Saúde.** Bras: Ministério da Saúde, 2004b. 66 p.

BRASIL. **Portaria GM/MS Nº 198, de 13 de fevereiro de 2004.** 2004c. Disponível em: <<http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/legislacao/index.php?p=6333>>.

BRASIL. **PORTARIA Nº 399, DE 22 DE FEVEREIRO DE 2006.** 2006. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html>. Acesso em: 02/ago./17.

_____. **Portaria Nº 1.996, de 20 de Agosto de 2007.** 2007. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html>. Acesso em: 02/ago./17.

BRASIL. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 64 p. ISBN: 9788533418561.

_____. **Memórias da Saúde da Família no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 143 p. ISBN: 9788533417557.

_____. **PORTARIA Nº 2.488, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011**. 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 27/mar./18.

_____. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p. ISBN: 9788533419391.

BRASIL. **PORTARIA Nº 3.194, DE 28 DE NOVEMBRO DE 2017**. [s.l.], p. 3000069–3000070, 2017. ISBN: 3600015262720.

BRASIL. **Educação Permanente**. [s.d.]. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/educacao_permanente.php>. Acesso em: 19/set./16.

CALZADA, M. G. et al. **El problema de salud y su expresión docente como herramienta didáctica integradora para un diseño curricular**. *Educación Médica Superior*, Ciudad de La Habana, v. 27, nº 3, p. 296–306, 2013. ISSN: 0864-2141.

CAMPOS, F. E. De et al. **Caminhos para Aproximar a Formação de Profissionais de Saúde das Necessidades da Atenção Básica**. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 25, nº 2, p. 53–59, 2001.

CARDOSO, I. M. **“Rodas de Educação Permanente” na Atenção Básica de Saúde: Analisando contribuições**. *Saude e Sociedade*, São Paulo, v. 21, nº SUPPL. 1, p. 18–28, 2012. ISSN: 01041290, DOI: 10.1590/S0104-12902012000500002.

CARDOSO, M. L. de M. et al. **A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde nas Escolas de Saúde Pública: reflexões a partir da prática**. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, nº 5, p. 1489–1500, 2017. ISSN: 1413-8123, DOI: 10.1590/1413-81232017225.33222016.

CAUDURO, F. L. F. et al. **Uso da problematização com apoio do Arco de Maguerez como estratégia de educação permanente para a promoção da segurança do paciente**. *ESPAÇO PARA A SAÚDE – REVISTA DE SAÚDE PÚBLICA DO PARANÁ*, Londrina, v. 18, nº 1, p. 150–156, 2017. DOI: 10.5433/15177130-2017v18n1p150.

CECCIM, R. B. **Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário.** *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 9, nº 16, p. 161–178, 2005a. ISSN: 1414-3283, DOI: 10.1590/S1414-32832005000100013.

_____. **Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde.** *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, nº 4, p. 975–986, 2005b. ISSN: 1413-8123, DOI: 10.1590/S1413-81232005000400020.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. **O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social.** Rio de Janeiro, v. 14, nº 1, p. 41–65, 2004. ISSN: 01037331, DOI: 10.1590/S0103-73312004000100004.

CECILIO, L. C. O. **A morte de Ivan Ilitch, de Leon Tolstói: Elementos para se pensar as múltiplas dimensões da gestão do cuidado.** *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 13, nº 1, p. 545–555, 2009. ISSN: 14143283, DOI: 10.1590/S1414-32832009000500007.

CERVATO-MANCUSO, A. M. et al. **Mestrado profissional em gestão da clínica: uma proposta interdisciplinar.** In: PEREIRA, E. M. de A.; GRASSI-KASSISSE, D. M.; CELANI, G. (Orgs.). *Inovações Curriculares 2011. Experiências no Ensino Superior*. Campinas: FE/UNICAMP, 2011. p. 437–450. ISBN: 9788577131365.

COLOMBO, A. A.; BERBEL, N. A. N. **A Metodologia da Problematização com o Arco de Maguerez e sua relação com os saberes de professores.** *Semina: Ciências Sociais e Humanas*, Londrina, v. 28, nº 2, p. 121–146, 2007. ISBN: 9788572166294, ISSN: 1679-0383, DOI: 10.5433/1679-0383.2007v28n2p121.

CONILL, E. M. **Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000.** *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, p. S191–S202, 2002. ISSN: 0102-311X, DOI: 10.1590/S0102-311X2002000700019.

_____. **Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafi os para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil.** *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, nº 1, p. S17–S16, 2008. ISBN: 0102-311X (Print)r0102-311X (Linking), ISSN: 0102-311X, DOI: 10.1590/S0102-311X2008001300002.

COSTA, A. C. L. **Aprender a aprender: uma trajetória possível para os trabalhadores do**

SUS? 65 p. - UFSCar, 2014.

COSTA, C. R. B. S. F.; SIQUEIRA-BATISTA, R. **As Teorias do Desenvolvimento Moral e o Ensino Médico: uma Reflexão Pedagógica Centrada na Autonomia do Estudante.** *Revista Brasileira de Educação Médica*, Brasília, v. 28, nº 3, p. 242–250, 2004.

COSTA, P. P. **Dos projetos à política pública: reconstruindo a história da educação permanente em saúde.** 135 p. - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, 2006.

CUNHA, A. C. Da; MAURO, M. Y. C. **Educação Continuada e a Norma Regulamentadora 32: utopia ou realidade na enfermagem?** *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, v. 35, nº 122, p. 305–313, 2010. ISSN: 0303-7657, DOI: 10.1590/S0303-76572010000200013.

DALLA, M. D. B.; MOURA, G. A. G. De; BERGAMASCHI, M. S. **Metodologias ativas: um relato de experiência de estudantes de graduação em medicina da Universidade Vila Velha na disciplina de Interação Comunitária.** *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, Rio de Janeiro, v. 10, nº 34, p. 1–6, 2015. ISSN: 2179-7994.

DAVINI, D. M. C. **Educación premanente en salud: Serie PALTEX para Ejecutores de Programas de Salud No. 38.** Washington: Organizacion Panamericana de La Salud, 1995. 120 p.

DAVINI, M. C. et al. **Investigacion educacional en los servicios de salud.** *Educación Médica y Salud*, Washington, v. 24, nº 1, p. 52–73, 1990.

DAVINI, Maria Cristina. **Enfoques, Problema e Perspectivas na Educação Permanente dos Recursos Humanos de Saúde.** *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde*. Brasília: [s.n.], 2009. p. 39–58. ISBN: 9788533414907.

DAWSON, Lord. **Interim Report on the Future Provision of Medical and Allied Services 1920 (Lord Dawson of Penn).** In: *Presented to Parliament by Command of His Majesty*. London: Ministry of Health, 1920. Disponível em: <<http://www.sochealth.co.uk/national-health-service/healthcare-generally/history-of-healthcare/interim-report-on-the-future-provision-of-medical-and-allied-services-1920-lord-dawson-of-penn/>>.

DECROLY, O.; MONCHAMP, E. **El juego educativo.** 4 ed. Madrid: Morata, 2002. 185 p.

ENGSTROM, E. M. et al. **O supervisor e as estratégias educacionais dos encontros locorregionais no Programa Mais Médicos do Brasil: reflexões acerca de concepções e práticas.** *Tempus Actas de Saúde Coletiva*, Brasília, v. 10, nº 1, p. 241, 2016. ISSN: 19828829,

DOI: 10.18569/tempus.v10i1.1863.

ESCOREL, S. et al. **SAÚDE DA FAMÍLIA: Avaliação da Implementação em Dez Grandes Centros Urbanos**. *Serie C Projetos, Programas e Relatórios*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 210p p. ISBN: 853340817X.

EVANS, JOHN R; CHUTE, A. L.; MORLEY, T. P. **The Clinical Teaching Unit as an Effective Organization for the Education Under Changing Medical Socio-Economic Circumstances: Objectives and Organization of the Clinical Teaching Unit**. *Canadian Medical Association Journal*, Ottawa, v. 95, p. 720–727, 1966.

EVANS, J. R. **Manpower Teaching**. *Canadian Medical Association Journal*, Ottawa, v. 97, p. 1592–1596, 1967.

FACCHINI, L. A. et al. **Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde**. *Ciência & saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, nº 3, p. 669–681, 2006. ISSN: 1413-8123, DOI: 10.1590/S1413-81232006000300015.

FALK, J. W. **A Medicina de Família e Comunidade e sua entidade nacional: histórico e perspectivas**. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, Rio de Janeiro, v. 1, nº 1, p. 5–10, 2004. ISSN: 2179-7994.

FAURE, E. et al. **Aprender a ser: La educación del futuro**. 2 ed. Madrid: Alianza Editorial, S. A., 1973. 426 p.

FERREIRA, R. C.; CHIRELLI, M. Q.; PEREIRA, A. G. **Saúde: da Fragmentação à Integralidade**. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Brasília, v. 35, nº 2, p. 177–185, 2011.

FEUERWERKER, L. C. M.; SENA, R. R. **Contribuição ao movimento de mudança na formação profissional em saúde: uma avaliação das experiências UNI**. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 6, nº 10, p. 37–50, 2002. ISBN: 1414328320020, ISSN: 1414-3283, DOI: 10.1590/S1414-32832002000100004.

FIÚZA MOREIRA, C. A. **Entre o indivíduo e a sociedade: um estudo da filosofia da educação de John Dewey**. *Revista Brasileira de Educação*, Rio de Janeiro, nº 21, p. 161–163, 1953. ISSN: 1413-2478, DOI: 10.1590/S1413-24782002000300015.

FLORES, G. E. **Educação permanente e aprendizagem significativa no contexto hospitalar: a perspectiva de enfermeiras educadoras**. 115 p. - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2012.

FRANÇA, T. et al. **Política de Educação Permanente em Saúde no Brasil: a contribuição das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço.** *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n° 6, p. 1817–1828, 2017. ISSN: 1413-8123, DOI: 10.1590/1413-81232017226.30272016.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido.** *Educação e Tecnologia*. 21^a ed. Rio de Janeiro: EDITORA PAZ E TERRA, 1994. 106 p. ISBN: 9788577530168 8577530167.

_____. **Pedagogia da Autonomia: Saberes necessários à prática educativa.** RIO DE JANEIRO: PAZ E TERRA, 1996. 1-92 p. ISBN: 978-85-7753-163-9.

FREITAS, C. M. et al. **Uso de metodologias ativas de aprendizagem para a educação na saúde: análise da produção científica.** *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 13, n° 2, p. 117–130, 2015. ISSN: 1981-7746, DOI: 10.1590/1981-7746-sip00081.

GOMES, L. B. et al. **A Educação Permanente em Saúde e as Redes Colaborativas: Conexões para a produção de saberes e práticas.** Porto Alegre: Rede Unida, 2016. 272 p. ISBN: 9788566659603.

GOMES, M. C. P. A.; PINHEIRO, R. **Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos.** *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 9, n° 17, p. 287–301, 2005. ISSN: 14143283, DOI: 10.1590/S1414-32832005000200006.

GOMES, R. **Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa.** *Pesquisa Social*. Petrópolis: EDITORA VOZES, 2009. p. 108.

_____. **Aprendizagem Baseada em Problemas na formação médica e o currículo tradicional de Medicina: uma revisão bibliográfica.** *Revista Brasileira de Educação Médica*, Brasília, v. 33, n° 3, p. 433–440, 2009. ISBN: 0100-5502 UL - http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022009000300014&nrm=iso, ISSN: 0100-5502, DOI: 10.1590/S0100-55022009000300014.

GUEDES-GRANZOTTI, R. B. et al. **Metodologias Ativas e as Práticas de Ensino na Comunidade: sua importância na formação do Fonoaudiólogo.** *Distúrbios da Comunicação*. ISSN 2176-2724, São Paulo, v. 27, n° 2, 2015. ISSN: 2176-2724.

HADDAD, J.; ROSCHKE, M. A.; DAVINI, M. C. **Educación Permanente de Personal de Salud.** Washington: Organización Panamericana de La Salud, 1994. 247 p.

HANNAFIN, M.; LAND, S. M. **The foundations and assumptionsof technology-enhanced student-centered learning environments.** *Instructional Science*, [s.l.], v. 1225, nº May, p. 41–42, 1997. ISBN: 1009982220290, ISSN: 16130073, DOI: 10.1023/A.

HMELO-SILVER, C. E. **Problem-based learning: What and How Do Students Learn?** *Educational Psychology Review*, [s.l.], v. 16, nº 3, p. 235, 2004. ISSN: 1040-726X, DOI: 10.1023/B:EDPR.0000034022.16470.f3.

INSTITUTO SÍRIO-LIBANÊS DE ENSINO E PESQUISA. **Gestão da Clínica nas redes de atenção à saúde.** São Paulo: Ministério da Saúde/ Instituto Sírio libanês de Ensino e Pesquisa, 2009. 39p p.

JANUSZEWSKI, A.; PEARSON, R. **Problem-Based Learning: A Historical Analysis.** In: *Proceedings of Selected Research and Development Papers Presented at the National Convention of the Association for Educational Communications and Technology.* Houston: Educational Resources Information Center, 1999. Disponível em: <<http://files.eric.ed.gov/fulltext/ED436165.pdf>>. Acesso em: 11/jul./16.

JOAQUIM, R. H. V. T.; MARCOLINO, T. Q.; CID, M. F. B. **Construindo-se terapeuta ocupacional no grupo de reflexão da prática: um espaço para ação-reflexão-ação.** *Rev Ter Ocup Univ São Paulo*, São Paulo, v. 28, nº 2, p. 254–260, 2017.

KOLMOS, A.; FINK, F. K. **The Aalborg PBL model: progress, diversity and challenges.** Aalborg: Aalborg University Press, 2006. 393 p. ISBN: 8773079111.

KOMATSU, R. S. et al. **Guia do Processo de Ensino-Aprendizagem Aprender a Aprender.** Marília: Faculdade de Medicina de Marília, 2003. 35 p.

LAND, S. M.; HANNAFIN, M.; OLIVER, K. **Student-Centered Learning Environments : Foundations , Assumptions , and Design.** In: JONASSEN, D. H.; LAND, S. (Orgs.). *Theoretical foundations of learning environments.* New York: Routledge, 2012. p. 3–25.

LAVICH, C. R. P. et al. **Ações de educação permanente dos enfermeiros facilitadores de um núcleo de educação em enfermagem.** *Rev Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre, v. 38, nº 1, 2017.

LEMOS, C. L. S. **Educação Permanente em Saúde no Brasil: educação ou gerenciamento permanente?** *Ciência & saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, nº 3, p. 913–22, 2016. ISSN: 1678-4561, DOI: 10.1590/1413-81232015213.08182015.

LIMA, V. V. et al. **Ativadores de processos de mudança: uma proposta orientada à**

transformação das práticas educacionais e da formação de profissionais de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n° 1, p. 279–288, 2015. ISSN: 1413-8123, DOI: 10.1590/1413-81232014201.21992013.

_____. **Espiral construtivista: Uma metodologia ativa de ensino-aprendizagem.** *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 21, n° 61, p. 421–437, 2017. ISSN: 14143283, DOI: 10.1590/1807-57622016.0316.

LOPES, S. R. S. et al. **Potencialidades da educação permanente para a transformação das práticas de saúde.** *Comunic. ciênc. saúde*, Brasília, p. 147–155, 2007.

MARIN, M. J. S.; LIMA, E. F. G. et al. **Aspectos das fortalezas e fragilidades no uso das metodologias ativas de aprendizagem.** *Revista Brasileira de Educação Médica*, Brasília, v. 34, n° 1, p. 13–20, 2010. ISSN: 0100-5502, DOI: 10.1590/S0100-55022010000100003.

MARIN, M. J. S.; GOMES, R. et al. **Pós-graduação multiprofissional em saúde: Resultados de experiências utilizando metodologias ativas.** *Interface - Comunic., Saúde, Educ*, Botucatu, v. 14, n° 33, p. 331–344, 2010. ISSN: 14143283, DOI: 10.1590/S1414-32832010000200008.

MATTA, G. C. **A organização mundial da saúde: do controle de epidemias à luta pela hegemonia.** *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 3, n° 2, p. 371–396, 2005. ISBN: 1981-7746 UL - http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462005000200007&nrm=iso, ISSN: 1981-7746, DOI: 10.1590/S1981-77462005000200007.

MATTA, G. C.; MOROSINI, M. V. G. **Atenção Primária à Saúde.** In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Orgs.). *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009. v. 2, p. 44–49.

MAURER, H.; NEUHOLD, C. **Problems Everywhere? Strengths and Challenges of a Problem-Based Learning Approach in European Studies.** *Higher Education Academy Social Science Conference*, Liverpool, p. 1–22, 2012.

MCCAUGHAN, K. **Theoretical anchors for Barrow’s pbl tutor guidelines.** In: HMELO-SILVER, C. E.; ERTMER, P. A. (Orgs.). *Essential Readings in Problem-based Learning*. West Lafayette: Purdue University Press, 2015. p. 57–68.

MELLO, G. A.; FONTANELLA, B. J. B.; DEMARZO, M. M. P. **Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde - Origens e diferenças conceituais.** *Revista de APS*, Juiz de Fora, v. 12, n° 2, p. 204–213, 2009. ISSN: 1809-8363.

MELO, B.; SANT'ANA, G. **A prática da Metodologia Ativa: compreensão dos discentes enquanto autores do processo ensino- aprendizagem.** *Com. Ciências Saúde*, São Paulo, v. 23, n° 4, p. 327–339, 2013.

MENDES, G. et al. **Contributos da aprendizagem baseada em problemas no desempenho do estudante de enfermagem em ensino clínico.** *Revista de Formación e Innovación Educativa Universitaria*, [s.l.], v. 5, n° 4, p. 227–240, 2012. ISSN: 1989-0257.

MENEZES, R. C. E. De et al. **Alimentação e nutrição na atenção básica à saúde: a educação permanente como instrumento de aproximação ensino-serviço.** *Revista Baiana de Saúde Pública*, Salvador, v. 37, n° 4, p. 1051–1070, 2013.

MERHY, E. E.; GOMES, L. B. **COLABORAÇÕES AO DEBATE SOBRE A REVISÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE.** In: GOMES, L. B.; BARBOSA, M. G.; FERLA, A. A. (Orgs.). *A educação Permanente em Saúde e as Redes Colaborativas: Conexões para a produção de saberes e práticas.* 1ª ed. Porto Alegre: Rede Unida, 2016. p. 67–92.

MICCAS, F. L. et al. **Educação permanente em saúde: metassíntese.** *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 48, n° 1, p. 170–185, 2014. ISSN: 0034-8910, DOI: 10.1590/S0034-8910.2014048004498.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 8 ed. São Paulo: Hucitec, 2004. 269 p.

_____. **PESQUISA SOCIAL: Teoria, método e criatividade.** Petrópolis: EDITORA VOZES, 2009. 109 p.

MITRE, S. M. et al. **Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais.** *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, p. 2133–2144, 2008. ISBN: 1413-8123 UL -
http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000900018&nrm=iso, ISSN: 1413-8123, DOI: 10.1590/S1413-81232008000900018.

MONTIEL, S. A. E.; LECHUGA, V. R. L.; REYES, M. Á. R. L. **El aprendizaje basado en problemas en la enseñanza de la homeopatía.** *Homeopatía Méx*, Ciudad de México, v. 84, n° 699, p. 13–17, 2015.

MOREIRA, M. B.; MANFROI, W. **O papel da aprendizagem baseada em problemas nas**

- mudanças no ensino médico no Brasil.** *Clinical and Biomedical Research*, Porto Alegre, v. 31, nº 4, p. 477–481, 2012. ISSN: 2357-9730.
- MOTTA, L. C. de S.; SIQUEIRA-BATISTA, R. **Estratégia Saúde da Família:Clínica e Crítica.** *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 39, nº 2, p. 196–207, 2015.
- MUNARI, A. **Jean Piaget.** Recife: Massangana, 2010. 156 p.
- NAVARRO-HERNÁNDEZ, N.; ZAMORA-SILVA, J. **Factores que facilitan u obstaculizan el aprendizaje basado en problemas en grupo pequeño, vistos por los estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad de La Frontera, Temuco, Chile.** *Iatreia*, Medellín, v. 29, nº 2, p. 113–122, 2016. ISSN: 2011-7965.
- NEUFELD, V. R.; BARROWS, H. S. **The “McMaster Phylosophy”: An Approach to Medical Education.** *Academic Medicine*, Washington, v. 49, p. 1974, 1974.
- NEVILLE, A. J.; NORMAN, G. R. **PBL in the undergraduate MD program at McMaster University: three iterations in three decades.** *Academic Medicine*, Washington, v. 82, nº 4, p. 370–374, 2007. ISBN: 1040-2446 (Print)r1040-2446 (Linking), ISSN: 1040-2446, DOI: 10.1097/ACM.0b013e318033385d.
- PADILHA, R. de Q. et al. **Caderno do curso de Medicina.** In: PADILHA, R. de Q.; LIMA, V. V. (Orgs.). 1ª ed. São Carlos: UFSCar, 2006. 78 p.
- PAGLIOSA, F. L.; ROS, M. A. DA. **O Relatório Flexner: Para o Bem e Para o Mal.** *Revista Brasileira de Educação Médica*, Brasília, v. 32, nº 4, p. 492–499, 2008.
- PALLIE, W.; CARR, D. H. **The mcmaster medical education philosophy in theory, practice and historical perspective.** *Medical Teacher*, Dundee, v. 9, nº 1, p. 59–71, 1987. ISSN: 0142-159X, DOI: 10.3109/01421598709028981.
- PARANHOS, V. D.; MENDES, M. M. R. **Currículo por competência e metodologia ativa: percepção de estudantes de enfermagem.** *Rev Lat Am Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 18, nº 1, p. [07 telas], 2010. ISSN: 01041169.
- PERDIGÃO, L. M. N. B.; ALMEIDA, S. C. De; ASSIS, M. G. **Estratégias utilizadas por cuidadores informais frente aos sintomas neuropsiquiátricos de idosos com demência.** *Rev Ter Ocup Univ São Paulo*, São Paulo, v. 28, nº 2, p. 156–162, 2017.
- PERES, C.; SILVA, R. F. Da; BARBA, P. C. de S. Della. **Desafios e potencialidades do processo de educação permanente em saúde.** *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro,

v. 14, nº 3, p. 783–801, 2016. DOI: 10.1590/1981-7746-sol00016.

PINTO, E. E. P. et al. **Desdobramentos da educação permanente em saúde no município de Vitória, Espírito santo.** *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 8, nº 1, p. 77–96, 2010. ISSN: 1981-7746, DOI: 10.1590/S1981-77462010000100005.

PINTO, H. A. **Poítica Nacional de Educação Permanente em Saúde: aprender para transformar.** In: GOMES, L. B.; BARBOSA, M. G.; FERLA, A. A. (Orgs.). *A Educação Permanente em Saúde e as Redes Colaborativas Conexões para a produção de saberes e práticas*. 1 ed. Porto Alegre: Rede Unida, 2016. p. 143–174. ISBN: 9788566659603.

QUEIROZ, A. **Pbl, Problemas Que Trazem Soluções.** *Revista Psicologia, Diversidade e Saúde*, Salvador, v. 1, nº 1, p. 26–38, 2012. ISSN: 2317-3394.

QUEIROZ, D. T. et al. **Observação participante na pesquisa qualitativa: conceitos e aplicações na área da saúde.** *Revista de Enfermagem UERJ*, Rio de Janeiro, v. 15, nº 2, p. 276–283, 2007.

RIBEIRO, D. T. et al. **O PMAQ-AB como umas das estratégias de estímulo à prática da educação permanente em saúde.** In: GOMES, L. B.; BARBOSA, M. G.; FERLA, A. A. (Orgs.). *A Educação Permanente em Saúde e as Redes Colaborativas: Conexões para a produção de saberes e práticas*. Porto Alegre: [s.n.], 2016. p. 129–142. ISBN: 9788566659603, DOI: 10.18310/9788566659603.

RIBEIRO, E. C. de O.; MOTTA, J. I. J. **Educação permanente como estratégia na reorganização dos serviços de saúde.** *Divulg. saúde debate*, Rio de Janeiro, nº 12, p. 39–44, 1996. ISSN: 0103-4383.

RIBEIRO, L. R. de C.; MIZUKAMI, M. da G. N. **Uma Implementação da Aprendizagem Baseada em Problemas (PBL) na Pós-Graduação em Engenharia sob a Ótica dos Alunos.** *Semina: Ciências Sociais e Humanas*, Londrina, v. 25, p. 89–102, 2004. ISSN: 1679-0383, DOI: 10.5433/1679-0383.2004v25n1p89.

ROBERTO, L.; GRAÇA, M. Da. **A PBL na Universidade de Newcastle: Um Modelo para o Ensino de Engenharia no Brasil?** *Olhar de Professor*, Ponta Grossa, v. 7, nº 1, p. 133–146, 2004. ISSN: 1984-0187.

RODRIGUES, R. M.; CALDEIRA, S. **Movimentos na educação superior, no ensino em saúde e na enfermagem.** *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 61, nº 5, p. 629–636, 2008. ISSN: 0034-7167, DOI: 10.1590/S0034-71672008000500016.

ROGERS, C. R. **Tornar-se Pessoa**. São Paulo: Martins Fontes, 2001. 489 p.

ROSCHKE, M. A. **Aprendizagem e conhecimento significativo em serviços de saúde**. *Educación Permanente de Personal de Salud. La Gestión del Trabajo: Aprendizaje en los Servicios de Salud*. Honduras: OPAS-OMS, 1997. p. 140–161.

ROVERE, M. R. **Gestión Estratégica de la Educación Permanente**. In: HADDAD Q., D. J.; ROSCHKE, L. M. A. C.; DAVINI, D. M. C. (Orgs.). *Educación Permanente de Personal de Salud*. Washington: Organización Panamericana de La Salud, 1994. p. 63–106.

SANTOS, I. F. et al. **EDUCAÇÃO PERMANENTE NA FORMAÇÃO: experiência na atenção básica**. In: GOMES, L. B.; BARBOSA, M. G.; FERLA, A. A. (Orgs.). *A Educação Permanente em Saúde e as Redes: Colaborativas Conexões para a produção de saberes e práticas*. 1ª ed. Porto Alegre: Rede Unida, 2016. p. 107–128. ISBN: 9788566659603.

SÃO PAULO. **Decreto nº 51.433, de 28 de dezembro de 2006**. 2006. Disponível em: <<http://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/decreto/2006/decreto-51433-28.12.2006.html>>. Acesso em: 02/ago./17.

SAUPE, R.; CUTOLO, L. R. A.; SANDRI, J. V. de A. **Construção de descritores para o processo de educação permanente em atenção básica**. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 5, nº 3, p. 433–452, 2007. ISSN: 1981-7746, DOI: 10.1590/S1981-77462007000300006.

SAVERY, J. R.; DUFFY, T. M. **Problem Based Learning: An instructional model and its constructivist framework**. In: WILSON, B. (Org.). *Constructivist Learning Environments: Case Studies in Instructional Design*. New Jersey: Educational Technology Publications, 1996. p. 31–38.

SCHMIDT, H. G. **Foundations of Problem-Based Learning - Some Explanatory Notes**. *Medical Education*, Oxford, v. 27, nº 5, p. 422–432, 1993. ISBN: 0308-0110 U6 - ctx_ver=Z39.88-2004&ctx_enc=info%3Aofi%2Fenc%3AUTF-8&rft_id=info:sid/summon.serialssolutions.com&rft_val_fmt=info:ofi/fmt:kev:mtx:journal&rft.genre=article&rft.atitle=FOUNDATIONS+OF+PROBLEM-BASED+LEARNING+-+SOME+EXPLANATORY+NOTES&rft.jtitle=MEDICAL+EDUCATION&rft.au=SCHMIDT%2C+HG&rft.date=1993-09-01&rft.pub=BLACKWELL+SCIENCE+LTD&rft.issn=0308-0110&rft.volume=27&rft.issue=5&rft.spage=422&rft.epage=432&rft.externalDBID=n%2Fa&rft.externalDocID=A1993MC83500006 U7 - Journal Article U8 -, ISSN: 0308-0110, DOI: 10.1111/j.1365-2923.1993.tb00296.x.

SENA, R. R. De et al. **Educação permanente nos serviços de saúde : atividades educativas desenvolvidas no estado de Minas Gerais , Brasil.** *Rev Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre, v. 38, nº 2, p. 1–7, 2017.

SILVA, L. A. A. Da et al. **Educação permanente em saúde na atenção básica: percepção dos gestores municipais de saúde.** *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 38, nº 1, p. 1–8, 2017. DOI: 10.1590/1983-1447.2017.01.58779.

SILVA, L. M.; CORTEZ, E. A. **Oficinas de Educação Permanente sobre infecção sexualmente transmissível: relato de experiência.** *Rev enferm UFPE on line*, Recife, v. 11, nº 5, p. 2250–2256, 2017. DOI: 10.5205/reuol.9302-81402-1-RV.1105sup201734.

SIMON, E. et al. **Metodologias ativas de ensino-aprendizagem e educação popular: encontros e desencontros no contexto da formação dos profissionais de saúde.** *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 18, p. 1355–1364, 2014. ISSN: 1807-5762, DOI: 10.1590/1807-57622013.0477.

SMAHA, Í. N.; PAULILO, M. Â. S. **A trajetória da Educação Permanente em Saúde e a experiência da 20ª Regional de Saúde.** *SOCIOLOGIA & POLÍTICA*, Curitiba, p. 1–18, 2009.

SOBRAL, F. R.; CAMPOS, C. J. G. C. **Assistência De Enfermagem Na Produção.** *Rev Esc Enferm USP*, São Paulo, v. 46, nº 1, p. 208–218, 2012.

SOUZA, C. V. De; ROBERTO, V.; RISSOLI, V. **Metodologia Ativa para Aprendizagem Significativa com Apoio de Tecnologias Inteligentes.** *Nuevas Ideas en Informática Educativa*, Porto Alegre, p. 653–656, 2013.

SPAULDING, W. **The undergraduate medical curriculum (1969 model): McMaster university.** *Canadian Medical Association Journal*, Ottawa, v. 100, p. 659–664, 1969. ISSN: 0008-4409.

STROSCHEIN, K. A.; ZOCCHÉ, D. A. A. **Educação permanente nos serviços de saúde: um estudo sobre as experiências realizadas no Brasil.** *Trabalho, Educação e Saúde (Online)*, Rio de Janeiro, v. 9, nº 3, p. 505–519, 2011. ISSN: 1981-7746, DOI: 10.1590/S1981-77462011000300009.

UNESCO. **Segunda conferencia mundial de educación de adultos.** Paris: Unesco, 1963. 54 p.

_____. **Actas de la Conferencia General.** In: *19.a reunión Nairobi*. Paris: UNESCO, 1976. Disponível em: <<http://unesdoc.unesco.org/images/0011/001140/114038s.pdf>>. Acesso em:

17/jan./18.

VENDRUSCOLO, C. et al. **Educação permanente em saúde: percepção dos gestores do SUS na Macrorregião Oeste, em Santa Catarina***. *R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde*, Rio de Janeiro, v. 7, nº 4, 2013. DOI: 10.3395/reciis.v7i4.864pt.

VIANA, A. L. d'Ávila; POZ, M. R. D. **A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família**. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, nº Suplemento, p. 225–264, 2005.

VIDAL, C. A.; GIRALDO, L. E.; JOUVAL, H. **LA EDUCACIÓN PERMANENTE EN SALUD EN AMERICA LATINA**. *Educ Med Salud*, Washington, v. 20, nº 4, p. 495–512, 1986.

VIGNOCHI, C. et al. **Considerações sobre Aprendizagem Baseada em Problemas na Educação em Saúde**. *Rev HCPA*, Porto Alegre, v. 29, nº 1, p. 45–50, 2009.

VYGOTSKI, L. S. **A formação social da mente**. *Psicologia*. 4 ed. São Paulo: Martins Fontes, 1991. 96 p. ISBN: 8533608187.

WALL, M. L.; PRADO, M. L. Do; CARRARO, T. E. **A experiência de realizar um Estágio Docência aplicando metodologias ativas**. *ACTA Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 21, nº 3, p. 515–519, 2008. ISSN: 01032100, DOI: 10.1590/S0103-21002008000300022.

WALTON, H. J.; MATTHEWS, M. B. **Essentials of problem-based learning**. *Medical education*, Oxford, v. 23, nº 6, p. 542–558, 1989. ISBN: 0308-0110, ISSN: 0308-0110, DOI: 10.1111/j.1365-2923.1989.tb01581.x.

WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO]. **Declaração de alma-ata**. In: *Conferencia Internacional de Cuidados Primarios*. Alta-Ata, URSS: [s.n.], 1978. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/declaracao-de-alma-ata/>>. Acesso em: 09/set./16.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. Porto Alegre: Bookman, 2001. 200 p. ISBN: 9781909507227, ISSN: 20491034, DOI: 10.1088/1751-8113/44/8/085201.

ZANETTI, M. O.; MARCHETTI, J. M.; ANDRADE, R. C. G. De. **Adequação da prescrição de medicamentos na Atenção Primária à Saúde de Ribeirão Preto-SP: estudo transversal**. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, Rio de Janeiro, v. 12, nº 39, p. 1–11, 2004. ISSN: 2179-7994.

ZAPEDA, J. **Comentários sobre o texto “Contribuições ao debate sobre a revisão da**

política nacional de educação permanente”, de Emerson Merhy e Luciano Gomes. In: GOMES, L. B.; BARBOSA, M. G.; FERLA, A. A. (Orgs.). *A educação Permanente em Saúde e as Redes Colaborativas: Conexões para a produção de saberes e práticas*. 1^a ed. Porto Alegre: Rede Unida, 2016. p. 93–106.

APÊNDICE A

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS DEPARTAMENTO DE BIOLOGIA / PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM GESTÃO DA CLÍNICA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Resolução 466/2012 do CNS)

USOS E POTENCIAIS DAS METODOLOGIAS ATIVAS EM EPS PELAS EQUIPES DE SAÚDE: ESTUDO DE CASO

O (a) Senhor (a) está sendo convidado (a) para participar da pesquisa “Usos e potenciais das metodologias ativas em EPS pelas equipes de saúde: Estudo de caso”.

O objetivo deste estudo é investigar como são realizadas as práticas de Educação Permanente em Saúde na Atenção Primária à Saúde. O (a) senhor (a) foi selecionado (a) por participar de um grupo de Educação Permanente. Sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento o (a) senhor (a) pode desistir de participar e retirar seu consentimento. A sua recusa não trará nenhum prejuízo na sua relação com o pesquisador ou com a instituição que forneceu os dados.

A coleta de dados será composta por observação participante na qual o pesquisador irá participar de 3 sessões de EPS e irá anotar os dados relevantes.

Suas comunicações serão tratadas de forma anônima e confidencial, ou seja, em nenhum momento será divulgado seu nome em qualquer fase do estudo. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada. Os dados coletados poderão ter seus resultados divulgados em eventos, revistas e/ou trabalhos científicos.

A participação nesta pesquisa não oferece risco imediato ao (a) senhor (a), porém considera-se a possibilidade de um risco subjetivo, pois algumas perguntas podem remeter à algum desconforto, evocar sentimentos ou lembranças desagradáveis ou levar à um leve cansaço após responder os questionários. Caso algumas dessas possibilidades ocorram, o senhor (a) poderá optar pela suspensão imediata da sua participação na pesquisa.

O senhor (a) não terá nenhum custo ou compensação financeira ao participar do estudo. Entretanto, todas as despesas com o transporte e a alimentação decorrentes da sua participação na pesquisa, quando for o caso, serão ressarcidas no dia da coleta. Você terá direito a indenização por qualquer tipo de dano resultante da sua participação na pesquisa.

Este trabalho poderá contribuir de forma indireta no entendimento e na potencialização dos trabalhos realizados em EPS através de metodologias ativas.

O (a) senhor (a) receberá uma via deste termo, rubricada em todas as páginas por você e pelo pesquisador, onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal. Você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação agora ou a qualquer momento.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP – Brasil. Fone (16) 3351-8028. Endereço eletrônico: cephumanos@ufscar.br

Endereço para contato (24 horas por dia e sete dias por semana):

Pesquisador Responsável: Felipe Magalhães Lemos

Endereço: Rua Manoel Cyrino, 259, São Sebastião da Gramma, São Paulo.

Contato telefônico: 19-36463132

E-mail: felipemagalhaeslemos@gmail.com

Orientador Responsável: Prof. Dr. Geovani Gurgel Aciole da Silva

Endereço: Rodovia Washington Luís, 310, São Carlos - SP

Contato telefônico: 16 - 981312125

Local e data: _____

Nome do Pesquisador

Assinatura do Pesquisador

Nome do Orientador

Assinatura do Orientador

Nome do Participante

Assinatura do Participante

APÊNDICE B

Roteiro de entrevista semiestruturada.

Nome da Cidade:

Nome do Gestor de Saúde:

1. Qual a sua formação acadêmica?
2. Quanto tempo como gestor?
3. Quais as práticas de educação em saúde exercidas em sua cidade?
4. O que você entende por Educação Permanente em Saúde?
5. Em sua cidade existe alguma prática que se enquadre na definição de Educação Permanente em Saúde?
6. Se sim, esta prática está vinculada à Atenção Primária à Saúde?
7. Como funciona a EPS em sua cidade?
 - a. Existe reuniões periódicas?
 - b. Os grupos são fechados?
 - c. Qual o método de ensino utilizado nas reuniões de EPS?
 - d. Como é a adesão dos participantes ao grupo?
 - e. Quais são os resultados obtidos através do grupo de EPS?