

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

MARIA DIAMANTINA FRANCISCO FERNANDES MOÇAMBIQUE

**ANÁLISE DA INSERÇÃO DO ENFERMEIRO NOS PROCESSOS
DE EDUCAÇÃO PERMANENTE NA SAÚDE DA FAMÍLIA NO
MUNICÍPIO DE SÃO CARLOS/SP**

São Carlos
2012

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

MARIA DIAMANTINA FRANCISCO FERNANDES MOÇAMBIQUE

**ANÁLISE DA INSERÇÃO DO ENFERMEIRO NOS PROCESSOS
DE EDUCAÇÃO PERMANENTE NA SAÚDE DA FAMÍLIA NO
MUNICÍPIO DE SÃO CARLOS/SP**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências Biológicas e Ciências da Universidade Federal de São Carlos, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientação: Profa. Dra. Silvia Helena Zem-Mascarenhas

São Carlos
2012

**Ficha catalográfica elaborada pelo DePT da
Biblioteca Comunitária da UFSCar**

M687ai

Moçambique, Maria Diamantina Francisco Fernandes.
Análise da inserção do enfermeiro nos processos
de educação permanente na saúde da família no
município de São Carlos/SP / Maria Diamantina Francisco
Fernandes Moçambique. -- São Carlos : UFSCar, 2013.
94 f.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal de São
Carlos, 2012.

1. Enfermagem. 2. Enfermeiras. 3. Educação permanente.
I. Título.

CDD: 610.73 (20ª)



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



FOLHA DE APROVAÇÃO

Aluna: MARIA DIAMANTINA FRANCISCO FERNANDES MOÇAMBIQUE

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO DEFENDIDA E APROVADA EM 23/11/12
PELA COMISSÃO EXAMINADORA:

Prof. Dra. Silvia H. Zem Mascarenhas
(Orientadora - DEnf/UFSCar)

Prof. Dra. Lislaine Aparecida Fracoli
(EE/USP)

Prof. Dra. Simone Teresinha Protti
(DEnf/UFSCar)

Presidente da Coordenação de Pós-Graduação
Prof. Dra. Anamaria Alves Napoleão

à Júlia Faria e à João Júnior,
amados, admirados e insubstituíveis

à Nilton Moçambique e à Tchaya Camila Moçambique,
juntos somos muito mais do que só um

AGRADECIMENTOS

À Deus,
pois nada somos sem ele.

Ao Sr. Júnior onde quer que esteja pai, à Sra. Júlia mãe querida,
por ser quem sou.

Ao meu esposo Nilton Moçambique,
pelo apoio, conselhos, paciência e parceria, por fazer parte da minha vida.

À minha filha Tchaya Camila,
pelos momentos de alegria que compensaram as angustias desta caminhada.

À todos os meus familiares e queridos amigos,
que compartilharam comigo dos meus momentos de aflição e alegria, pelo apoio e incentivo ao longo desses anos.

À Prof.^a Dr.^a Silvia Helena Zem-Mascarenhas,
com quem tive a feliz oportunidade de conviver e aprender. Agradeço imensamente a credibilidade, confiança, colaboração e a partilha.

Às colegas de mestrado em especial à amiga Úrsula, Lílian, Mary Cristina, Alessandra Leite, Yaisa França e Maria Fernanda,
pelas “conversas terapêuticas”, conselhos, ajuda e principalmente pelo carinho, amizade e espírito de união que foram fundamentais nesta “empreitada”.

À Prof.^a Dr.^a Márcia Ogata,
pelos conselhos e orientações.

À banca examinadora Prof.^a Dr.^a Lislaine Fraccolli e Prof.^a Dr.^a Simone Protti,
obrigada pelo estímulo, incentivo e contribuições.

Aos enfermeiros da saúde da família de São Carlos,
que concordaram em participar da pesquisa concedendo parte do seu tempo precioso, contribuindo com ricos depoimentos para a elaboração deste estudo.

Às Professoras do mestrado,
cada uma com sua peculiaridade me proporcionaram um grande crescimento e pela acolhida.

Às queridas professoras da graduação Prof.^a Dr.^a Silvia Bocchi, Prof.^a Dr.^a Magda Dell’Aqua e Prof.^a Dr.^a Sandra Olbrich,
pelo incentivo, apoio e por acreditarem em mim.

À Nancy, Rose e Thiago,
pela prestatividade e atenção constante.

À CAPES,
pela concessão da Bolsa de Estudos.

Por fim, a todos e todas que participaram desta caminhada e que contribuíram para a concretização de um projeto de vida.

*"Sem a curiosidade que me move, que me inquieta,
que me insere na busca, não aprendo nem ensino".*

(Paulo Freire)

SUMÁRIO

RESUMO.....	9
ABSTRACT.....	10
LISTA DE ILUSTRAÇÕES	11
LISTA DE QUADROS.....	11
LISTA DE TABELAS	12
1 INTRODUÇÃO	17
1.1 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE.....	17
1.2 ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA	23
2 QUADRO TEÓRICO.....	34
2.1 PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE	34
2.2 PROCESSO DE TRABALHO EM ENFERMAGEM.....	39
3 OBJETIVO.....	43
4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	44
4.1 TIPO DE ESTUDO	44
4.2 DELIMITAÇÃO DO CENÁRIO DE ESTUDO	45
4.2.1 <i>Diagnóstico de Saúde do Município de Estudo</i>	45
4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA	51
4.3.1 <i>Crêterios de Inclusão</i>	53
4.4 ENTREVISTAS	53
4.5 COLETA DE DADOS.....	54
4.6 ANÁLISE DOS DADOS	56
4.7 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA.....	58
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	59
5.1 PERFIL DOS ENFERMEIROS DAS UNIDADES DE SAÚDE ESTUDADAS.....	59
5.2 CATEGORIZAÇÃO DOS TEMAS.....	63
5.2.1 <i>Educação Permanente em Saúde versus Processo de trabalho</i>	63
5.2.2 <i>Facilidades e Dificuldades em relaçaõ à EPS</i>	66
5.2.3 <i>Ações desenvolvidas em relaçaõ à EPS</i>	75
7 REFERÊNCIAS	79
APÊNDICES	91
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO ..	91
APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	93
ANEXOS	94
ANEXO A - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	94

RESUMO

Estuda-se a inserção do enfermeiro nos processos de Educação Permanente em Saúde (EPS) na Estratégia de Saúde da Família (ESF), com o objetivo de identificar as percepções dos enfermeiros sobre a educação permanente como forma de reorganização do trabalho. Trata-se de uma pesquisa qualitativa na esfera dos significados construídos que se baseia no referencial teórico do processo de trabalho. A coleta de dados efetuou-se por entrevista semi-estruturada após o consentimento livre e esclarecido, com um total de 15 enfermeiros atuantes na ESF no município de São Carlos/SP, tendo-se analisado o material empírico segundo a técnica de análise de conteúdo com base no referencial teórico resultando em três eixos temáticos 1) Educação Permanente em Saúde versus Processo de Trabalho, 2) Facilidades e Dificuldades em relação à EPS e 3) Ações desenvolvidas em relação à EPS. A análise dos dados evidenciou que os enfermeiros têm compreensão que EPS e processo de trabalho ocorrem ou devem ocorrer concomitantemente, mas essa não é uma tarefa fácil de inserir no dia-a-dia de trabalho. Evidenciou também que ainda não se solidificou o papel do enfermeiro como facilitador dos processos educativos e a utilização dos espaços coletivos para integração de atores e a ampliação da autonomia. Destaca-se ainda, a importância da formação preparando os profissionais para a prática da EPS, considerando as diferentes concepções trazidas pelos participantes. Os enfermeiros mantêm a noção de prioridade às questões gerenciais ou assistenciais em detrimento das ações educativas desprezando a EPS como detector das necessidades e forma de resolução dos problemas da prática. Outro fator que se pode perceber é a ausência do envolvimento do usuário quando se fala de EPS. Com isso conclui-se que, há necessidade de aprofundar a investigação sobre a EPS e as consequências para a qualidade do cuidado aos usuários em direção à transformação das práticas de saúde.

Palavras chave: Enfermeira. Educação Permanente em Saúde. Estratégia de Saúde da Família.

ABSTRACT

The processes of Continuing Education in Health (EPS) nurses inclusion in the Family Health Strategy (FHS) are studied aiming to identify the perceptions of nurses on continuing education as a way of work's reorganization. This is a qualitative research in the sphere of meanings constructed based on the theoretical work process. The data collection was made up by semi-structured interview after the informed consent of a total 15 nurses working in the FHS in São Carlos / SP, and has analyzed the empirical data using the technique of content analysis based on the theoretical results in three thematic 1) Continuing Education in Health versus Labour Process, 2) Facilities and Difficulties regarding EPS and 3) Actions undertaken in relation to the EPS. The results analysis showed that although nurses have the comprehension that EPS work process occur or should occur concurrently; this is not an easy task to put on a day-to-day work. The role of the nurse as a facilitator of educational processes still not solidified and the use of collective spaces for integration of actors and the expansion of autonomy. We also emphasize the importance of training professionals for the practice of EPS, considering the different concepts brought by the participants. The nurses maintain the notion of priority to management issues beside of the expense of neglecting the educational needs EPS as detector and form of solving the problems of practice. Another factor that can be seen is the lack of user involvement when it comes to EPS. Thus it is concluded the need for further research on the EPS and consequences for the quality of care users towards transformation of healthcare practices.

Keywords: Nurse, Continuing Education in Health Family Health Strategy

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Ilustração 1: Distribuição da população residente no município por idade e sexo no ano de 2011.	46
--	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Identificação dos enfermeiros pesquisados.....	60
Quadro 2: Identificação dos cursos de Pós Graduação e as respectivas Instituições de Ensino.	61

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Densidade demográfica do município e do estado de São Paulo, no ano de 2011.	47
Tabela 2: Porcentagem da população com vínculo empregatício por setor da economia no ano de 2010.	47
Tabela 3: IPRS e IDH por ano de aferição.	48
Tabela 4: Nascidos vivos, óbitos e taxa de mortalidade infantil DRS III, e do Estado de São Paulo – 2011.	49
Tabela 5: Principais indicadores de nascimento no ano de 2010.	49
Tabela 6: Elementos da rede assistencial conforme dados do CNES, relativos a junho 2012.	50
Tabela 7: Perfil de morbidade e mortalidade, por ano de aferição.	51

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- ABS** – Atenção Básica em Saúde
- ACS** – Agente Comunitário de Saúde
- APS** – Atenção Primária em Saúde
- ARES** – Administração Regional de Saúde
- CEP** – Comitê de Ética em Pesquisa
- CIES**– Comissões Permanentes de Integração de Ensino-Serviço
- CIT** – Comissão Intergestores Tripartite
- CGR** – Colegiado de Gestão Regional
- CONASS**– Conselho Nacional de Secretários de Saúde
- CONASEMS**– Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
- EC** – Educação Continuada
- EP** – Educação Permanente
- EPS** – Educação Permanente em Saúde
- ESF** – Estratégia de Saúde da Família
- IDH** – Índice de Desenvolvimento Humano
- IBGE** – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- IES** – Instituição de Ensino Superior
- MS** – Ministério da Saúde
- OMS** – Organização Mundial de Saúde
- PACS** – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
- PEPS** – Pólos de Educação Permanente em Saúde
- PNAB** – Política Nacional de Atenção Básica
- PNEPS**– Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
- PSF** – Programa de Saúde da Família
- SF** – Saúde da Família
- SUS** – Sistema Único de Saúde
- TCLE** – Termo de Compromisso Livre e Esclarecido
- UBS** – Unidade Básica de Saúde
- USF** – Unidade de Saúde da Família

APRESENTAÇÃO

Sou Angolana e cheguei ao Brasil em 2005 para fazer a graduação em Enfermagem. A aproximação pela temática Educação Permanente em Saúde (EPS) iniciou com o Trabalho de Conclusão de Curso pela Universidade Estadual Paulista (UNESP), Departamento de Enfermagem, sendo o primeiro momento em que me aprofundi sobre o assunto. Apesar de concluir a graduação senti que ainda não haviam se esgotado ou respondido algumas questões sobre o tema e que poderia levar para meu país maiores contribuições.

Havia certa inquietação já que os participantes da minha pesquisa achavam a educação permanente em saúde interessante, importante e até essencial para o trabalho da enfermagem de modo geral, mas não utilizavam na prática profissional.

No ano de 2010 entrei para o Programa de Pós Graduação em Enfermagem como Aluna Especial já começando participar de projetos relacionados ao tema como o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde) e o projeto de pesquisa intitulado: “Dimensão educativa do trabalho do enfermeiro na Atenção Básica em Saúde: Concepções e Práticas”, financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Tecnológico (CNPq) e desenvolvido pelo Grupo de Estudo: Políticas e Práticas em Saúde através do Edital MCT/CNPq Nº 014/2010 – Universal.

Finalmente em 2011 entrei para o programa de Mestrado da Universidade Federal de São Carlos (UFSCAR) já com uma proposta de desenvolver um projeto sobre educação permanente.

Motivada por questões como: por que a educação permanente em saúde não era realizada e qual a formação dos enfermeiros sobre o tema, e entendendo que o enfermeiro tem como uma de suas competências a dimensão educativa decidi investigar como os enfermeiros utilizam esta ferramenta de gestão. Isso foi o que motivou e deu origem a esta dissertação.

O presente estudo está organizado em cinco partes, sendo que a primeira delas se constitui na introdução ao tema da pesquisa, na qual é feita uma breve inserção no universo da pesquisa e expostos os pontos relevantes

que servem de justificativa para a investigação. Além disso, foram elencadas as reflexões que nortearam a construção do objetivo geral da pesquisa.

Na segunda parte, são apresentados elementos correspondentes ao levantamento bibliográfico que constituem o referencial teórico. São feitas considerações sobre o processo de trabalho em saúde, a determinação histórica do capitalismo e o processo de trabalho em enfermagem.

O terceiro capítulo diz respeito à descrição do percurso metodológico seguido nesta pesquisa, com delineamento do desenho e cenário do estudo, sujeitos envolvidos, entrevistas, etapas de análise das unidades temáticas (leitura flutuante, exploração material, tratamento dos resultados obtidos e interpretação) e apresentação dos procedimentos éticos.

No quarto capítulo, são introduzidos os resultados. Em princípio, é feita a caracterização dos trabalhadores de enfermagem. Em seguida, são apresentadas e analisadas as categorias de análise elencadas.

O último capítulo aborda algumas considerações e reflexões sobre as indagações que a pesquisa conseguiu estabelecer em relação ao objeto de estudo.

1 Introdução

1.1 *Educação Permanente em Saúde*

As políticas de Educação Permanente em Saúde (EPS) e de Estratégia de Saúde da Família (ESF) definidas pelo Ministério da Saúde (MS) são duas grandes potências colocadas como estratégias para a organização da rede básica de serviços de saúde, com repercussões para o sistema de saúde. A relação mútua entre elas é bastante vantajosa e ao mesmo tempo é de grande interesse um olhar sobre a atuação conjunta para o sucesso da reforma da Atenção Primária de Saúde (APS).

A necessidade de desenvolvimento profissional sempre foi amplamente discutida em diversos fóruns referentes aos recursos humanos em saúde.

A capacidade de mudanças frente às tecnologias, a políticas públicas e o acesso a informações são motivos suficientes para se abrir debates e discussões sobre como este desenvolvimento humano vem sendo realizado.

Desde o final da década de 80 notava-se o despreparo dos profissionais atuantes na área de saúde em atender aos princípios do Sistema único de Saúde (SUS). Falava-se que a falta de profissionais com formação adequadanão atendiam ao que os princípios do SUS propunham havendo assim uma grande cisão entre o que se formava e o que se pretendia formar (BRASIL, 2006; PAIM, 1991).

Assim, foi necessário repensar na continuidade à formação dos profissionais na área de saúde que era desordenada e imprecisa, mas para isso alguns pontos se tornaram essenciais destacando a intercessão entre educação e saúde para que os problemas fossem enfrentados, corrigidos e superados por meio de políticas competentes que garantissem uma continuidade na formação dos trabalhadores.

Segundo Almeida e Ferraz (2008), as propostas de adequação dos recursos humanos primeiramente sugeridos pelo MS, voltavam-se para a formação e capacitação de profissionais que já tivessem alguma formação superior ou que se encontrassem prontos a ser inseridos nos serviços com o propósito de preencher lacunas, adotando mecanismos que aumentassem e

diversificassem a oferta dos cursos em áreas programáticas específicas tornando o processo de desenvolvimento de recursos humanos descontínuo, fracionado e pontual.

Grande parte das instituições formadoras ainda prioriza a forma tradicional de se operar a saúde o que contraria a necessidade de ordenar processos formativos contextualizados nas necessidades sanitárias e nos princípios e diretrizes do sistema. O SUS tem como uma de suas competências a ordenação de recursos humanos na área de saúde, isso porque a lógica da reorientação dos sistemas de saúde de nada vale se não tiver como campo central a formação dos seus profissionais (BRASIL, 2010).

Na intenção de assumir a atribuição de definir a formação de recursos humanos em saúde com vista o desenvolvimento profissional, a educação e capacitação das equipes de saúde da família, na APS, o MS foi tomando algumas iniciativas como os Polos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para Saúde da Família, os mestrados profissionais e os cursos de formação de conselheiros de saúde, que promoveram uma aproximação entre ensino e serviço, criando espaços para a produção de reflexões críticas e sistemáticas envolvendo trabalho e formação. Estas iniciativas, no entanto, por constituírem iniciativas isoladas e desarticuladas entre si não produziram o impacto esperado (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Com estas evidências buscou-se desenvolver políticas pró-mudança que destacassem mudanças na formação em saúde que ampliassem a propensão pedagógica no SUS e transformasse a rede pública de saúde numa rede de ensino-aprendizagem no exercício do trabalho. Era preciso que a educação e a saúde estivessem num mesmo ponto onde a educação pela primeira vez atuaria como fio condutor na saúde e disponibilizaria suas tecnologias construtivistas e de ensino-aprendizagem. A compreensão deste ponto permitiu o alcance da produção de uma política pública insólita no Brasil e no mundo (CECCIM, 2005).

Surge assim, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) que foi instituída pelo MS por meio da Portaria GM nº 198/2004 com o propósito de consolidar o SUS visando à transformação das práticas dos

profissionais de saúde e da própria organização do trabalho, tendo como referência, as necessidades dos usuários e a organização da gestão dos serviços (BRASIL, 2007a).

A partir de 2007 o MS, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) iniciaram uma discussão da Portaria GM nº 198/2004 no intuito de definir novas diretrizes e estratégias para a implementação da PNEPS, adequando às diretrizes operacionais e ao regulamento do Pacto pela Saúde o que culminou com a publicação da Portaria GM/MS nº 1.996, em 20 de agosto de 2007 que vem sendo a norteadora da implementação da PNEPS atualmente (BRASIL, 2009).

Nas diretrizes anteriores a gestão era representada por Pólos que reuniam regiões mais amplas. Com as mudanças na PNEPS os gestores tiveram que firmar o compromisso de realizar o planejamento e a operacionalização da EPS levando em consideração as especificidades regionais para a superação de desigualdades, sendo pactuada entre os pares e com as demais esferas de governo. Os Colegiados de Gestão Regional (CGR) passaram a se responsabilizar por micro regiões e ficaram incumbidos de articular recursos financeiros regulares que dão continuidade ao “Plano de Ação Regional da Educação Permanente em Saúde” (PAREPS) (BRASIL, 2009).

Com a incumbência de articular, na própria região, recursos para concretizar a política, o município em estudo encontra-se situado no Colegiado de Gestão Regional (CGR) denominado Coração, da região de abrangência do Departamento Regional de Saúde (DRS) III, com sede em Araraquara da Secretaria do Estado de Saúde de São Paulo. É composto pelos municípios de Descalvado, Dourado, Ibaté, Porto Ferreira e Ribeirão Bonito e São Carlos sendo o último o único com mais de 200.000 habitantes.

O CGR Coração teve como atividade mais recente o desenvolvimento do projeto promovido pelo Centro de Desenvolvimento e Qualificação (CDQ) do DRS III em 2009, que objetivava favorecer a implantação de processos de EPS nas unidades básicas dos municípios de todo o DRS, através da formação de facilitadores.

Outro meio utilizado para formar atores envolvidos no processo de transformação da Atenção Básica (AB) foi à criação do projeto “Fortalecimento da Atenção Básica: reorganizando as práticas de Gestão e Atenção em Saúde”. Teve como objetivo geral propiciar espaços de reflexão e instrumentalização das práticas desenvolvidas pelos trabalhadores da atenção básica visando construir soluções inovadoras para os processos de trabalho envolvendo a gestão e atenção em saúde, utilizando ferramentas das Políticas de Educação Permanente e Humanização (BRASIL, 2009).

Essa estratégia foi adotada pela Secretaria Municipal de Saúde de São Carlos, São Paulo, tendo como instituições parceiras Secretarias Municipais de Saúde dos Colegiados de Gestão Regional - Norte, Centro-Oeste, Central e Coração e como equipe responsável pelo projeto a Câmara Técnica dos CGR do DRS III de Araraquara - Núcleo de Integração Ensino Serviço de Araraquara - NIES de Araraquara.

A EPS enquanto prática pedagógica deve contribuir para aprimorar o processo de conhecimento e análise da realidade social, promover a formação e aperfeiçoamento contínuo dos trabalhadores da saúde em relação aos desafios do cotidiano. Deve fundamentar-se na concepção de educação como eixo transformador do processo de trabalho em saúde e se constitui em um projeto político pedagógico que procura refletir sobre a realidade dos serviços, buscando estratégias dentro da perspectiva de integralidade e crescimento individual e coletivo dos sujeitos (MONTANHA; PEDUZZI, 2010).

A exigência de profissionais com formação adequada e com perfil generalista não faz parte do contexto real e isso se traduz como um ponto de estrangulamento na implantação do SUS. Instituições e serviços vêm reconhecendo que na educação formal existem deficiências que precisam ser preenchidas para atender às necessidades de saúde da população (BRASIL, 2003; FRACOLLI; CHIESA, 2011).

A ampliação da EPS permitiu visualizar que as ações educativas bancárias pouco produzem em termos de resultados na realidade de trabalho por não se considerar o indivíduo como um ser inculcido de conhecimentos, anseios e potencial. As ações educativas desenvolvidas nos serviços de saúde, sejam na forma de capacitações, revisões, atualizações ou outros, não

induzem a busca por mais conhecimentos, criatividade e a motivação para a mudança. Outra causa do insucesso é a desconsideração pela regência que o próprio trabalhador tem sobre o seu trabalho (FRANCO, 2007).

O entendimento de EPS é desafiante na medida em que se quer a mudança do conhecimento no exercício profissional orientando as ações educativas de trabalhadores e integralizando a equipe multiprofissional e interdisciplinar.

González (2010) ressalta a importância de olhar o processo de trabalho e o trabalho em equipe considerando que a EPS coloca em evidência diferentes atores e que estes estão aptos a trabalhar em equipe. Todos atuando como protagonistas na condução dos sistemas locais de saúde reforçarão as ações da equipe. Porém, para isso os envolvidos devem incorporar o processo e o resultado das ações realizadas para que as mudanças sejam definitivas e causem realmente impacto. É certo que o compromisso, o protagonismo e a autonomia permitem trabalhar o ambiente interno e externo de cada um abrindo caminho para atingir resultados consistentes e duradouros nas ações em saúde.

Ao se utilizarem processos de EPS como um instrumento no trabalho, planejados e vivenciados por todos sejam trabalhadores, usuários e gestores contribuindo para a transformação da práxis.

Um estudo realizado observou que, apesar da proposta da ESF sobre o trabalho em equipe a fragmentação e individualização das atividades, a falta de planejamento coletivo e a falta de sensibilização e interação das pessoas para o trabalho em equipe são as grandes dificuldades apresentadas pelos trabalhadores. Isto nos leva a pensar que pelas dificuldades no processo de trabalho diário a assistência prestada se torna precária impedindo o reconhecimento da equipe como novo paradigma de se pensar o trabalho em saúde e uma nova concepção de trabalho (MARQUIET et al., 2010).

Isso nos faz pensar que embora a EPS seja um caminho para o fortalecimento do SUS a sua implantação ainda é um problema na prática, sendo que uma questão permanece sem resposta: como o enfermeiro utiliza a EPS no seu processo de trabalho?

São poucas as evidências de mudança na prática diária apesar do tempo de implantação da política e da disseminação de ações envolvendo a EPS (PAIM, 2001). Há necessidade de mostrar como devem ser feitas as mudanças com situações concretas para evitar que seja somente uma forma de atrair recursos para financiamento (PAIM, 1991; NICOLETTO et al., 2009).

Assim, os processos de EPS têm como finalidade a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho (Brasil, 2009). Frente ao exposto, optou-se por desenvolver esta pesquisa, com a finalidade de conhecer a percepção dos enfermeiros acerca da EPS no seu processo de trabalho. Para tanto, a seguir, contextualiza-se a EPS, a ESF e o referencial teórico processo de trabalho em saúde, adotado para fundamentar esta investigação.

1.2 *Estratégia de Saúde da Família*

Nesta pesquisa entendemos a ESF como modelo de reorientação do SUS e se constitui o cenário prático para o desenvolvimento de ações educativas permeadas pelo profissional enfermeiro atuante na equipe de saúde da família tendo a EPS como ferramenta de mudança no processo de trabalho em saúde e como condição para o desenvolvimento das instituições de saúde e dos próprios profissionais que nelas atuam.

Desde a década de 80 os Movimentos da Reforma Sanitária Brasileira defendiam a revisão do modo operacional de saúde do estado, a atenção à saúde. Este Movimento resultou na aprovação na Constituição Federal da saúde como direito de todos e dever do Estado elegendo a cidadania e a dignidade da pessoa humana como fundamentais. Nisso, instituiu-se, em 1988, o Sistema Único de Saúde (SUS) regido por princípios fundamentais e encarregue da formulação de políticas específicas de atenção aos usuários. Estes movimentos partiram da intensa mobilização de alguns membros da sociedade civil motivados pela crise no sistema público de saúde brasileiro (BRASIL, 2010).

O modelo dominante na época era de assistência médico-curativa pautado pelo paradigma flexneriano com o foco de atenção sobre o conhecimento anatomopatológico e na abordagem mecanicista do corpo, centrado na doença, no indivíduo e no profissional médico (BRASIL, 2010; MATTA, 2007).

O resultado desta manifestação perante o cenário na época resultou na instituição do SUS, estabelecido pela Constituição de 1988 e regulamentado pelas Leis Orgânicas da Saúde (8.080/90 e 8.142/90) (BRASIL, 1990a).

A consolidação do SUS sempre esteve relacionada a uma concepção ampliada de saúde com o propósito de reordenar os serviços e as ações de saúde em todo território brasileiro, baseando-se em princípios como a universalidade, integralidade, equidade, e entre os organizativos destacamos a descentralização, regionalização e a participação popular (BRASIL, 1990b).

Ainda no âmbito do SUS há três princípios fundamentais que se almejam quando se fala em atenção à saúde: o princípio da universalidade, no qual o acesso aos serviços e ações de saúde deve ser garantido a toda população em todo o território, o princípio da equidade que deve garantir o atendimento de forma igualitária perante a diversidade de condições sócio-sanitárias de cada região e o princípio da integralidade que se entende pelo conjunto de ações articuladas entre os níveis primário, secundário e terciário de atenção, conforme o grau de complexidade tecnológica requerida aos procedimentos realizados (BRASIL, 1990b).

O financiamento deste sistema deverá se efetuar com recursos da União, dos Estados, do Distrito Federal, do Município, de recursos do orçamento da seguridade social, e outras fontes (BRASIL, 2010).

Para que se torne efetivo, o SUS deve procurar meios de atender aos seus objetivos finais que se voltam para assistência à população geral tendo como base o modelo da promoção, proteção e recuperação aos agravos de saúde. Esse sistema único deve integrar uma rede regionalizada e hierarquizada que se ajuste aos princípios organizativos de atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas sem prejuízo dos serviços assistenciais, a participação da comunidade, a descentralização com direção única em cada esfera de governo e a complementaridade do setor privado (BRASIL, 2010).

Desde a implantação do SUS, têm sido propostos vários modelos de atenção à saúde que demandam mudanças na organização e funcionamento de instituições os quais devem se sustentar em práticas resolutivas e qualificadas. Também é desejável a mudança por parte dos gestores que devem buscar uma gestão descentralizada, participativa, democrática e qualificada (DAL POZ; VIANA, 1998).

Após duas décadas desde a sua implantação o SUS teve grande evolução de implementação conforme foi entrando em contato com as diversas realidades sociais, administrativas e políticas proporcionada pela descentralização e municipalização das ações e serviços de saúde. Concomitantemente aos êxitos foram se apresentando demandas e desafios sejam em relação à multiplicidade de realidades ou pelas desigualdades

regionais em oferecer aos indivíduos, famílias e comunidades o direito à saúde amplamente debatido.

Apesar de o sistema trazer a promessa de mudança na saúde e dos êxitos alcançados, a incapacidade em atender as insatisfações dos usuários, o desgaste dos trabalhadores, o fracasso no controle e erradicação de doenças preveníveis por vacinação levantaram discussões acerca da reorganização do sistema mais propriamente na Atenção Básica (AB) (BRASIL, 2008).

A primeira vez em que se focou na APS em nível mundial foi na 30ª Reunião Anual da Assembleia Mundial de Saúde em 1977 onde se considerou que a saúde e desenvolvimento deveriam estar interligados na agenda dos governos e se declarou o “Saúde para Todos no Ano 2000” com o propósito de que neste ano todos os cidadãos do mundo tivessem uma vida econômica e social produtiva. No ano seguinte a Conferência de Alma Ata enunciou os seus princípios e definiu a APS como:

Atenção essencial à saúde, baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade, por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade quanto o país possam arcar em cada estágio de seu desenvolvimento. Um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central. Enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o Sistema Nacional de Saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível dos locais onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde. (OMS/UNICEF, 1979 citado por BRASIL, 2008, p.19).

Nesta conferência também foram apontados os componentes fundamentais da APS como sendo educação em saúde; saneamento ambiental, especialmente de águas e alimentos; programas de saúde materno-infantil, inclusive imunizações e planejamento familiar; prevenção de doenças endêmicas; tratamento adequado de doenças e lesões comuns; fornecimento de medicamentos essenciais; promoção de boa nutrição; medicina tradicional (BRASIL, 2008). No contexto de países em desenvolvimento e neste caso

incluindo o Brasil, a APS se caracterizava pelo financiamento internacional e oferta de serviços seletiva, limitada e de baixo custo (GIOVANELLA, 2008).

Embora o conceito de Alma Ata tenha sido um marco na época sendo o primeiro jeito pensar a APS e tenha apresentado significativas melhorias na saúde de vários países do mundo, porém, ele foi muito criticado pela reforma sanitária brasileira, por ser considerado simplista e considerando que na APS são necessárias medidas simples para alcançar o bem estar em termos de saúde. Esta noção deixava de fora as iniquidades sociais que persistiam comprometendo a APS, extrapolando a possibilidade de resolução apenas no campo da saúde (PAIN; FILHO, 1998).

Com isso, foi feita a vinculação entre saúde e desenvolvimento tendo como premissa a crença de que saúde e desenvolvimento deveriam estar interligados na agenda de governos, se considerou imperativo reiterar que qualquer tentativa de melhora nos níveis de saúde requeria articulação política, social e econômica além da participação de atores ligados aos diferentes setores da sociedade, sem o que, não se viabilizaria (OPAS/OMS, 2007).

Para se construir a política de APS brasileira se deixaram contaminar pela noção de atenção primária de outros países como a Inglaterra que permitiu a reorganização da AB e culminou com a divulgação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) revista e regulamentada recentemente pela portaria nº 2,488/2011. OMS caracterizou a AB como:

um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da

integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2006 p. 10).

Sendo assim, pretendendo transmutar radicalmente para reorientação do modelo de assistência na saúde elegeu-se a APS como ponto revitalizador, definidor e articulador da atenção em saúde.

Como componente constituinte do SUS, a APS representa o nível primário de atenção à saúde que corresponde a ações de assistência de baixa densidade, mas de alta complexidade, ou seja, se encerra em pequena densidade tecnológica como equipamentos diagnósticos e apoios terapêuticos de baixo custo, porém, necessita transitar por diferentes esferas do conhecimento, partindo da epidemiologia, passando pelas ciências sociais e biologia humana para ingerência na individualidade ou na coletividade visando apreender os determinantes e condicionantes da saúde de cada território (SOUSA; HAMANN, 2009).

A APS é a porta de entrada para um sistema graduado por níveis de complexidade, que tem como áreas de atuação unidades básicas tais como postos ou centros de saúde e vem se fortalecendo gradualmente através de práticas de gestão participativas, trabalho em equipe e atuando em territórios delimitados. Estes eventos estimularam a ampliação expressiva da oferta de serviço a nível primário pelos municípios (BRASIL, 1990b).

Este cenário tem exigido a reunião de esforços por parte de profissionais da saúde, gestores públicos do SUS, e usuários em contornar essas dificuldades na construção de uma gestão que consolide efetivamente os princípios do sistema único (SOUSA; HAMANN, 2009).

Apesar da busca pela consolidação do SUS junto com as políticas públicas de saúde ainda não ter êxito a cem por cento é um grande esforço que o Brasil como um país em desenvolvimento tem feito para ter uma atenção primária eficiente, eficaz e de acordo com as suas diferentes realidades. Para que se torne realmente excelente somente experimentando várias formas de resolução de problemas de saúde e reconhecer os erros e os acertos que vão surgindo à medida que se vai implantando. Da pouca experiência e contacto com a realidade com a rede básica de saúde tem-se presente que os

profissionais que atuam a luz das políticas públicas de saúde têm se esforçado para acreditar que a mudança é possível e necessária. Fica claro também que as críticas ao modo de se fazer saúde hoje deve ter como objetivo aumentar os patamares de exigência, mas sem chegar ao ponto de desvalorizar e deixar de se investir, por exemplo, na formação em saúde que reflete na qualidade dos serviços. É importante também pensar que existem países também em desenvolvimento onde a realidade da saúde se encontra bastante enfraquecidos e onde não há uma política de atenção primária ou uma política de EPS que guie ou que possam disponibilizar os meios e condições de trabalho.

O MS adotou novas estratégias políticas junto com as secretarias municipais e estaduais de saúde que ajudaram na reorganização da APS, fruto disto foi a institucionalização do Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNACS) em 1991 que futuramente veio a tornar-se Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (BRASIL, 2008).

Nascido inicialmente no Nordeste do Brasil, mais especificamente no Ceará, o PNACS foi desenvolvido de forma emergente como um programa pontual servindo como meio para alterar os indicadores de morbimortalidade materna e infantil visivelmente alarmantes na época. Foi considerada uma experiência de baixo custo com o propósito de dilatar a oferta de serviços de saúde a uma clientela específica de uma região pobre (BRASIL, 2008; DAL POZ; VIANA, 1998).

Este programa foi o precursor de outra estratégia do Ministério da Saúde para reordenar a AB que foi o Programa de Saúde da Família (PSF) em março de 1994. Criado praticamente pelas mesmas diretrizes do PACS com o intuito de aumentar o acesso e a expansão da rede de atenção e apoiar ações integrais ligadas á comunidade. Posteriormente através da Política Nacional de Atenção Básica foi intitulado ESF pela portaria nº 648/GM, concebida como modelo substitutivo da rede básica tradicional com novas bases e critérios. Fundamenta-se nos princípios constitucionais do SUS e tem como foco a família e não mais o indivíduo (BRASIL, 2005).

O PSF possibilitou o melhoramento do atendimento através da inserção formal do novo elemento da equipe o Agente Comunitário de Saúde (ACS)

junto à população sendo o ponto de ligação entre as unidades básicas de saúde e a comunidade. Esta nova categoria emergiu de vários municípios e comunidades e apesar de não ter qualificações nem regulamentação no início o PSF permitiu a sua inserção em nível nacional com a criação de equipes multiprofissionais (QUEIROS; LIMA, 2012).

Posteriormente através da Lei 10.507 de 10 de julho de 2002, que cria a profissão de ACS se promove a qualificação e requalificação deste profissional tendo o MS legitimado como aqueles que abririam novos espaços no desenvolvimento de ações de saúde que ajudassem no cuidado das comunidades (BRASIL, 2002).

A ESF se desdobra imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população que se repercute positivamente no próprio sistema de saúde. Apesar disso, esta não é a sua única faceta, a ESF embora inovadora e com um novo método de se fazer saúde ainda traz aspectos centrados na epidemiologia das doenças de massas, por exemplo, que são resquícios do que se vinha fazendo até então, isso revela uma ambiguidade nas suas ações.

A USF nada mais é que uma unidade pública de saúde destinada a realizar atenção contínua nas especialidades básicas, com uma equipe multiprofissional habilitada para desenvolver as atividades de promoção, proteção e recuperação, características do nível primário de atenção (BRASIL, 1997).

Além dos princípios que caracterizam o SUS, a ESF tem como princípios centrais:

- Ter caráter substitutivo em relação à rede de AB tradicional nos territórios em que as equipes saúde da família atuam;
- Atuar no território, realizando cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde atua, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo, mantendo sempre postura proativa frente aos problemas de saúde-doença da população;

- Desenvolver atividades de acordo com o planejamento e a programação realizada com base no diagnóstico situacional e tendo como foco a família e a comunidade;

- Buscar a integração com instituições e organizações sociais, em especial em sua área de abrangência, para o desenvolvimento de parcerias; e

- Ser um espaço de construção e cidadania (BRASIL, 2006).

A capacidade de propor alianças no sistema de saúde envolvendo várias áreas: educação, saneamento, transporte entre outras incita uma mudança interna no próprio sistema e esta mudança implica uma nova percepção de trabalho, um novo olhar sobre o fazer saúde dando abertura para mais ações visando à integralidade do cuidado.

A integralidade exige a prestação de um conjunto de serviços que atendam às necessidades mais comuns da população adstrita incluindo a família como participante do processo saúde-doença, a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e ao reconhecimento adequado aos problemas biológicos, psicológicos e sociais que causam as doenças (GOMES et al., 2011).

Notadamente, o redirecionamento do modelo de atenção requer o trabalho de uma equipe multiprofissional que deve aliar-se a família, fortalecendo-a e proporcionando o apoio necessário ao desempenho de suas responsabilidades. O trabalho em equipe multiprofissional levanta questões sobre a noção de equipe que está etimologicamente associada à realização de tarefas conjuntas, o papel individual e coletivo dentro da equipe, trabalhos compartilhados entre indivíduos que, no seu conjunto, alcançam o êxito nas suas ações (OLIVEIRA; SPIRI, 2006).

Pretende ainda dos seus atores (trabalhadores, gestores e usuários) a produção de práticas transformadoras exigindo ampla capacidade de análise, intervenção e autonomia que resultem em mudanças e o estreitamento dos elos entre concepção e execução do trabalho.

O recurso humano atuante no novo modelo é composto por equipe multiprofissional: médico, enfermeiro, auxiliar/técnico de enfermagem, quatro a seis agentes comunitários de saúde. A equipe multiprofissional se responsabiliza pelo atendimento de 3.000 habitantes residentes na área e o

seu processo de trabalho passa necessariamente pela vinculação, competência, intersetorialidade, interdisciplinaridade e fortalecimento de uma gestão local que deve ser participativa/democrática (SOUSA; HAMANN, 2009).

Os profissionais da área de odontologia somaram-se a equipe a partir do ano 2000 configurando um odontólogo e um auxiliar e/ou um técnico em saúde bucal.

Essa lógica dilacera com o modelo centrado no profissional e dá primazia ao compromisso e a corresponsabilidade da equipe e usuário, a uma construção dialógica entre os membros das equipes e a construção de responsabilidade singular (CAMPOS, 2007).

No leque de profissionais que compõem a ESF o enfermeiro tem participação ativa na concretização do SUS. A reformulação da AB permitiu a ampliação do mercado de trabalho de enfermagem e um campo de ações diversificado e potencializado com ressignificação das suas atribuições. A prática profissional do enfermeiro na ESF é considerada de suma importância social, em especial no que se refere às necessidades de saúde da população e na execução de ações que permeiam as esferas gerenciais, clínicas e educativas (BARATIERI; MARCON, 2011; LINARD et al., 2011).

Além da competência técnica e compromisso ético, o enfermeiro desenvolve o seu processo de trabalho em dois campos essenciais: na unidade de saúde, junto à equipe de profissionais e na comunidade, assistindo às pessoas que necessitam de atenção de enfermagem. Este profissional possui atribuições básicas como supervisionar, coordenar e realizar atividades de qualificação e educação permanente junto aos ACS e auxiliares de enfermagem. Além disso, participar da programação e planejamento das ações e da organização do processo de trabalho das Unidades de Saúde da Família (USF) reconhecidas pela Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2006). Aos demais profissionais, segundo a mesma política, cabe participação ou a colaboração nas atividades, o que pode ser percebido, por ele e pela equipe, como uma convite para que assuma a responsabilidade pela condução dos processos educativos (BRASIL, 2006).

Além de possibilitar o aperfeiçoamento profissional a EPS é um importante mecanismo no desenvolvimento da própria concepção de equipe e

de vinculação dos profissionais com a população - característica que fundamenta todo o trabalho da ESF (BRASIL, 2006).

As práticas educativas têm o papel de aprimorar o conhecimento, auxiliar no desenvolvimento de competências substanciais e de habilidades capazes de permear uma assistência de qualidade. Tendo em conta que o processo educativo deve permear as ações do enfermeiro juntamente com outras responsabilidades diárias é preciso que este propicie a disseminação de ações educativas para promoção das estratégias de aprendizagem coletiva. Essas propostas precisam ser renovadoras e capazes de atrair quem se apoia nela e ser problematizadas por todos.

A ESF constitui-se em espaço privilegiado para que o enfermeiro seja capaz de conduzir as ações educativas, porém, é necessário que tenha construído uma base teórico-prática durante a graduação a fim de executar esta tarefa com segurança e competência. Embora a EPS seja um caminho para o fortalecimento do SUS a sua implantação se revela com problemas na prática, pois, alguns enfermeiros ainda têm alguma dificuldade em compreender a terminologia e refletir sobre o processo de EPS.

Adicionalmente, os investimentos em projetos realizados para a formação de profissionais não são condizentes com os resultados pouco animadores encontrados capazes de modificar e impactar os indicadores sociais que se traduz na realidade. Apesar da unanimidade quanto aos processos educativos como a solução para as dificuldades na área de recursos humanos de saúde, ainda há muitas limitações e obstáculos para efetivos resultados das estratégias propostas (FRANCO, 2007; MONTANHA; PEDUZZI, 2010).

Por se tratar de um processo recente são escassos na literatura dados suficientes que possam permitir uma análise e compreensão do processo vivenciado pelos profissionais do setor de saúde quando colocam em prática os conhecimentos apreendidos. Esses profissionais têm uma importante parcela de responsabilidade como incentivadores nas discussões que possam desencadear reflexões nas equipes que realizam as ações de saúde.

A organização e implantação de atividades educativas permeiam o exercício do profissional de tal forma que o cuidar, o administrar, o pesquisar e o educar constituem-se nos pilares do trabalho do enfermeiro (HORTA, 1979).

2 Quadro Teórico

2.1 *Processo de Trabalho em Saúde*

O trabalho em si se origina de necessidades do homem sócio historicamente determinadas dependentes de fatores como a cultura e a crença de seus atores. O homem é o único ser que consegue manipular a natureza em seu favor mesmo fazendo parte dela numa relação de intercâmbio modificando-se e sendo modificado. Com o trabalho o homem consegue manipular o objeto (“algo antes”) sobre o qual atua por meio de instrumentos de trabalho para a produção de produtos (“algo depois”) para a satisfação das suas necessidades (MENDES-GONÇALVES, 1992). Esta necessidade inicial que no presente caso necessidade de saúde, permite que a construção por meio do trabalho permita antever o produto final do seu trabalho e, portanto, é possível planejar e executar o que se vai produzir.

Os elementos constitutivos do processo de trabalho envolvem a atividade adequada para o fim que no caso é o próprio trabalho, o objeto de trabalho que representa a substância constituinte a ser transformada, que pode ser pura ou consequência de um trabalho já realizado, o instrumento que será utilizado, uma ação intencional e uma determinada finalidade (MENDES-GONÇALVES, 1992).

O objeto de trabalho é determinado a partir do modo como o trabalhador concebe a saúde e a necessidade de saúde no encontro com o usuário. O processo de trabalho em saúde tem como particularidade o seu caráter relacional humano, pois são múltiplos atores com diferentes saberes e conhecimentos construídos anteriormente e que interagem entre si no campo da saúde (MISHIMA et al., 2003).

Já os instrumentos no setor da saúde são considerados os que se representam como medicamentos, material de consumo, equipamentos, instituições, intervenções entre outros. Os instrumentos não materiais são considerados como saberes intelectuais. Estes aspectos segundo Mendes-

Gonçalves (1992) não se separam nos diferentes momentos do processo de trabalho pois um não acontece sem o outro.

Todo o trabalho em saúde carrega simbolismo e intencionalidade. Simbólico porque possui especificidades por produzir um bem ao ser realizado no encontro entre trabalhadores e usuários, ao mesmo tempo consome-se, onde se operam processos tecnológicos (trabalho vivo em ato), porém impalpável e indissociável do processo que o produz, mas que podem ser comercializados (MERHY, 1997).

Neste encontro são construídos vínculos que exigem trocas e responsabilizações em projetos de intervenção (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999). E intencional porque é o trabalhador de saúde que define seu objeto de trabalho, para satisfazer a necessidade pelo processo de trabalho (MENDES-GONÇALVES, 1992).

O cenário do mundo capitalista tem como característica a fragmentação do trabalho em saúde propiciada pela divisão técnica e social do trabalho que advém de um processo historicamente construído, seguidor da lógica do modelo clínico individual e de saberes especializados que suprime o componente humano das relações privilegiando somente a força de trabalho e recursos materiais. Esta fragmentação do trabalho se torna um expressivo empecilho na qualidade do trabalho em saúde (SÁ et al., 2009).

Outro aspecto que deve ser observado é a fragmentação técnica caracterizada pela produção de atividades em trechos por diversos profissionais especializados, fator limitante para a vinculação entre profissional-usuário e excludente do próprio produtor como autor único do produto final (PEDUZZI, 1998).

Ainda sobre a fragmentação do trabalho na saúde, espólio de processos formativos que tem como um dos seus determinantes é a dissidência o pensar e o fazer e entre teoria e prática.

O trabalhador, desapropriado de sua competência, é cada vez mais mutilado e despojado de seu caráter humano e inteligente. O trabalho do produtor unitário é cada vez mais privado de conteúdo humano, tornando-se repetitivo e maquinal (LUNARDI, 1998).

A divisão técnica e social do trabalho está nítida para a enfermagem na fragmentação do cuidado tanto na partilha do mesmo espaço de trabalho com os demais profissionais de saúde quanto dentro da própria categoria entre enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem (PEDUZI, 1998).

Os elementos essenciais como instrumentos de trabalho na área da saúde se definem como o próprio trabalhador que entra como força de trabalho, seus conhecimentos, recursos e equipamentos. Neste contexto é essencial que o trabalhador se reconheça como o agente do trabalho em saúde impregnando o componente humano com resgate da sua subjetividade que se relaciona diretamente com a capacidade de construção de projetos coletivos de trabalho (CAMPOS; AMARAL, 2007).

Nos serviços de saúde a maior parte das operações é separada, distribuída a diferentes trabalhadores, em um trabalho parcelado onde se testemunham intensas disputas entre os diversos atores sociais e cada um defende o seu próprio saber em relação ao direcionamento do sentido do trabalho (TOMASI et al., 2008).

O trabalho em saúde se origina de um trabalho coletivo sendo que cada trabalhador desenvolve uma tarefa específica envolvendo os seus saberes com interdependência e complementaridade de forma que aja articulação de trabalhos especializados para uma mesma finalidade (LIMA; ALMEIDA, 1999; MISHIMA et al., 2003).

A relação entre o instrumento e o objeto é dinâmica e mediada pelo causador da ação que vê a sua finalidade e que ao mesmo tempo pode ser instrumento do trabalho e agente da atividade (PEDUZZI, 1998).

Merhy (1997) nos traz conceitos sobre a organização tecnológica do processo de trabalho em suas duas formas diferentes. O trabalho vivo se distingue pela criatividade no saber-fazer que abre expectativas para repensar, revitalizar e ressignificar de forma emancipadora a produção no trabalho. Já o trabalho morto se configura aquele já instituído, imudável, que se solidificou durante o trabalho vivo em outro processo de trabalho. É possível que o trabalho vivo seja capturado pelo trabalho morto ainda na sua execução tornando-o inanimado, isento de expressão e sem significado que na produção

em saúde é capaz de satisfazer necessidades imediatas e leva a ações mecanizadas.

O trabalho sempre gera um produto que no caso da saúde resulta da interseção partilhada entre usuários de serviços de saúde e trabalhadores. Este produto se efetiva no quotidiano em encontros inéditos em que ambos se modificam, pois há um encontro de subjetividades, tecnologias, saberes e significados que ao mesmo tempo em que é produzido é também consumido - trabalho vivo em ato (MERHY, 1997). O mesmo autor também define o trabalho morto comprometido com o processo de trabalho como sendo produto-meios de um trabalho realizado anteriormente sem ação presente no ato.

Podemos considerar as tecnologias do processo de trabalho como ferramentas do autor, o consumidor como parte do objeto do autor, porém, este mesmo agente consumidor se torna parte do objeto da ação, pois também imprime seus conhecimentos e representações enquanto necessidades de saúde.

Ao olharmos para as configurações tecnológicas do trabalho elas se classificam em leves que são as relacionadas com os saberes adquiridos na forma de se pensar em saúde, na produção de vínculo, na produção de relações e de acolhimento entre os sujeitos, se observam nas relações trabalhador usuário e tomam aparência objetiva em atos. As tecnologias duras são aquelas que envolvem equipamentos, máquinas, ferramentas e normas organizacionais e geralmente se vinculam a mão de obra do profissional. Já as tecnologias leve-dura se descrevem quando se trata de mobilização de conhecimentos sob a forma de conhecimentos profissionais atuantes no processo de trabalho como clínica médica, clínica do dentista, saberes da enfermagem, anatomia etc. (MERHY, 1997).

É necessária a mudança do modelo médico centrado, hegemônico na atenção à saúde, que superestima as tecnologias dura e leve dura sem observar o papel cuidador como sendo essencial. A medicina tecnológica empobrece as tecnologias leves focando a competência da ação do profissional médico reduzindo a procedimentos exatos, prontos, focados na produção. O cuidado ai se reduz a unidades de produção de procedimentos médicos que interessam a lógica de produção capitalista que vê um produtivo terreno fértil em tanto em

investimentos nas indústrias de medicamentos e materiais como nos serviços empresariais de saúde (MERHY, 1997).

Frente a estes aspectos ligados as tecnologias em saúde, pode-se salientar que no saber tecnológico é ideal que as tecnologias existentes se adicionem entre si ao gerar o trabalho imaginado. Somente a soma de todas as tecnologias agrega real qualidade ao trabalho em saúde com modelos de atenção integral a saúde que é pretensão do Sistema Único de Saúde.

A ESF pretende a mudança do modelo de saúde atual para outros modelos a serem construídos, focado na aplicação das tecnologias leves, na ação do trabalho vivo, no resgate da subjetividade do trabalhador, a autonomia do usuário e a realização do trabalho humanizado. A mudança no cotidiano do serviço deve asseverar a expressão criativa, crítica e reflexiva do trabalhador. É necessário o reconhecimento do valor de cada profissional na produção das ações de saúde para construção de novos significados para o seu trabalho (MARTINS; ALBUQUERQUE, 2007).

A EPS tem a análise do processo de trabalho como base, articulando os processos educativos com a atenção em saúde e reconhecendo que as práticas diárias são definidas por diversas dimensões. Para contribuir com a transformação da realidade é importante compreender a sua dinâmica examinando as práticas em saúde e agregando o saber científico ao saber que emergente do campo de trabalho (MONTANHA; PEDUZZI, 2010).

A mudança das práticas com vista a alcançar a integralidade só será possível quando a EPS for utilizada a partir das demandas da problematização do trabalho e for utilizado todo o seu potencial de transformação das práticas em saúde.

2.2 *Processo de Trabalho em Enfermagem*

O processo de trabalho é delineado na arena de forças capturantes. O “fazer” em saúde tem definições e particularidades distintas, porém, por ocorrer em uma esfera de trabalho, é também influenciado pela lógica do modo de produção capitalista. Desta forma, o trabalho da Enfermagem é desempenhado sobre este “fazer” em saúde.

Como profissão, a enfermagem tem no seu âmago o “cuidado” ao ser humano, seja individualmente, na família, ou coletivamente ao desenvolver ações de promoção, prevenção de doenças, recuperação e reabilitação da saúde. Além disso, tem como espaços de atuação o domicílio, o atendimento ambulatorial, a comunidade e hospitais especializados em uma relação profissional-usuário, bem como em espaços industriais, empresariais com o foco na prevenção de acidentes de trabalho. E, por outro lado, atua junto às equipes em espaços de gestão, administração e planejamento de políticas públicas de saúde (ROCHA; ALMEIDA, 2000).

Este cuidado se descreve em múltiplos modelos de enfermagem configurados que não apressam toda a complexidade do cuidado. A sua forma de trabalho é objeto de discussão em diversas agendas que buscam o entendimento da sua prática e conhecimento com o objetivo de construir e reconstruir teorias e modelos de intervenção e, adicionalmente, alavancar a enfermagem ao “status” de ciência (ALMEIDA, 1997).

A enfermagem é uma atividade social humana que responde na forma de trabalho específico, realizado por um grupo de pessoas que buscam satisfazer uma pluralidade de necessidades, sejam elas materiais ou não materiais (PEREIRA et al., 2009).

O trabalho em enfermagem se apresenta como atividade institucionalizada, com uma determinação social que vem se transformando ao longo de sua história e mergulha na dinâmica social, pois são estabelecidos diálogos com as dimensões econômicas, culturais e sociais de uma sociedade. É histórico e específico, constituído de uma forma de produção que no Brasil se rege pelo capitalismo subordinando o trabalho ao capital cujo produto se torna posse do capitalista e não do trabalhador que o produziu (ALMEIDA, 1997).

Não se nega a importância do trabalho em enfermagem como um trabalho ao serviço da saúde do ser humano, estando os elementos constitutivos do processo de trabalho intimamente articulados e assentados em bases centrais, nomeadamente: a atividade (o próprio trabalho) elaborada com uma intencionalidade, a matéria-prima (objeto) que recebe o ato transformador do trabalhador, os instrumentos/saberes (meios) necessários ao trabalho e o próprio trabalhador (MARX, 2005).

O processo de trabalho em enfermagem se encontra encapsulado no processo de trabalho em saúde como uma de suas parcelas na assistência, em áreas de atuação profissional mantendo interface com outras práticas que estabelecem relações sociais na produção de serviços e participam da conformação das práticas de saúde ganhando forma de acordo com o contexto em que se insere e sofrendo transformações no decorrer da história (ROCHA; ALMEIDA, 2000).

A enfermagem enquanto trabalho não é uma profissão baseada exclusivamente pelas competências técnico-científicas e pelo aparato ético filosófico, embora não se possa negar que esse saber tem certo grau de complexidade e inclui a atualização temporal desses conhecimentos nas atividades do processo de produzir (PEREIRA et al., 2009).

A atividade de enfermagem se caracteriza pela força de trabalho humana que organiza os outros componentes do processo e que no caso da enfermagem representa a maioria dos trabalhadores de saúde com mais de metade dos seus efetivos, porém, se constitui um grupo bastante desuniforme quanto à formação profissional. Esta atividade possui ainda, uma pirâmide populacional representada pelos enfermeiros no topo, os técnicos e os auxiliares de enfermagem na base. Estas várias categorias desempenham várias funções diferentes ou mesmo funções que se complementam (ALMEIDA, 1997).

A questão do objeto de enfermagem tem sido discutida desde a década de 80 com a produção de trabalhos exibindo um panorama de múltiplos objetos de trabalho que a profissão carrega para si, que vão desde o cuidado até a administração. Esta conformação se explica pelas categorias que a profissão apresenta, passando pelos diferentes níveis hierárquicos, sendo os

enfermeiros exercendo atividades mais “importantes” pelo seu conhecimento mais elaborado e deixando as práticas manuais e técnicas para os técnicos e auxiliares de enfermagem (RICALDONI; SENA, 2006).

Almeida (1997) traza questão da multiplicidade do trabalho do enfermeiro com ênfase na atividade administrativa que seria a definição do objeto de trabalho da enfermagem na atualidade. Refere ainda que a função administrativa do enfermeiro é exercida desde a institucionalização da profissão e por isso está prevista pelas instituições, ou seja, é isso que se espera do enfermeiro.

Além da diversidade dentro da própria categoria, existe compartilhar das mesmas atividades com outras categorias profissionais. Este fato torna gritante a necessidade de especificidade na atuação da enfermagem bem como a pouca autonomia na arena de atuação (SILVA; PEDUZZI, 2005). Diante do contexto apresentado e da conformação sócio histórica, a enfermagem assume expressões múltiplas.

Apesar do discurso sobre o cuidado (cuidar da vida dos trabalhadores e (usuários) como atividade que deveria predominar as ações da profissão, a prática gerencial também pode ser exercida com grande subjetividade e criatividade, negando-se assim aos interesses do capital (ALMEIDA, 1997).

A transformação no objeto e conseqüente obtenção do produto só são possíveis através da utilização de instrumentos (materiais, saberes, força de trabalho) re-conceituados por Merhy (1997) como tecnologias em saúde, manipulados pelos trabalhadores que reconhecem neles a compreensão do seu trabalho e imprimem a sua subjetividade, seus desejos que moldam as suas próprias formas de ação (PEREIRA et al., 2009).

Os instrumentos de trabalho se interpõem entre a necessidade e o objeto de trabalho para se alcançar determinado fim.

Este instrumento indica as condições sociais em que se realiza o trabalho e é necessário que corresponda a transformações económicas, políticas e ideológicas servindo como um medidor do desenvolvimento da força humana de trabalho (ALMEIDA, 1997).

O trabalho do enfermeiro vem se tornando cada vez mais gerencial e, como tal, os seus instrumentos se harmonizam junto a essa realidade sendo que o mais utilizado é o conhecimento técnico científico (ALMEIDA, 1997).

A atividade pedagógica junto aos demais membros da categoria profissional também se revela como um meio de trabalho e essas atividades tem a finalidade de aprimorar o conhecimento (MELLIN, 2010).

O trabalho em equipe é desafiante na medida em que exige a horizontalização das relações historicamente hierarquizadas, mas concomitantemente se subalternizam aos demais trabalhadores, especialmente ao profissional médico (PEREIRA et al., 2009).

Deste modo, os trabalhadores de saúde são também instrumentos de trabalho, haja vista que trazem ativamente para dentro do processo de trabalho o projeto planejado e a sua intencionalidade para intervir no campo das possibilidades das necessidades em saúde do indivíduo ou do coletivo (PEDUZZI, 1998).

Diante do exposto surge a seguinte indagação: o enfermeiro reconhece a Educação Permanente em Saúde como uma forma de reorganização do processo de trabalho?

3 Objetivo

Identificar as percepções dos enfermeiros sobre a Educação Permanente em Saúde como forma de reorganização do trabalho.

4 Trajetória Metodológica

Para a realização da presente investigação foram percorridas etapas compatíveis com o objetivo proposto e executadas sistematicamente em sucessão e complementaridade.

Este estudo faz parte do projeto de pesquisa intitulado: “Dimensão Educativa do Trabalho do Enfermeiro na Atenção Básica Em Saúde: Concepções e Práticas”. Sob a coordenação da Profa. Dra. Márcia Niituma Ogata, financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Tecnológico (CNPq) através do Edital MCT/CNPq Nº 014/2010 – Universal, desenvolvido pelo Grupo de Estudos: Políticas e Práticas em Saúde (GEPPS) - UFSCar.

4.1 *Tipo de Estudo*

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa pela natureza do objeto de estudo envolvido em significados e significações construídos possibilitando a sua compreensão e interpretação.

Minayo (2006) descreve a pesquisa qualitativa como o método que se aplica ao estudo de representações, percepções e opiniões vindas da interpretação que os seres humanos fazem de si, da sua vivência e os significados que dão a eles. Este tipo de método permite aclarar processos sociais pouco conhecidos de determinados grupos tornando favorável a edificação de novos conceitos, novas abordagens e novas categorias durante a investigação.

4.2 Delimitação do cenário de estudo

A política de saúde do município no interior de São Paulo vem mostrando uma forte orientação às diretrizes da Estratégia Saúde da Família implantada desde 1997 aderindo à política com comprometimento com a melhoria da qualidade dos serviços de saúde prestados. Hoje são atendidas pelo programa, aproximadamente 39.768 habitantes.

A descrição do campo de estudos se deu a luz de dados levantados em centros de referência nacional da produção e disseminação de análises e estatísticas socioeconômicas e demográficas.

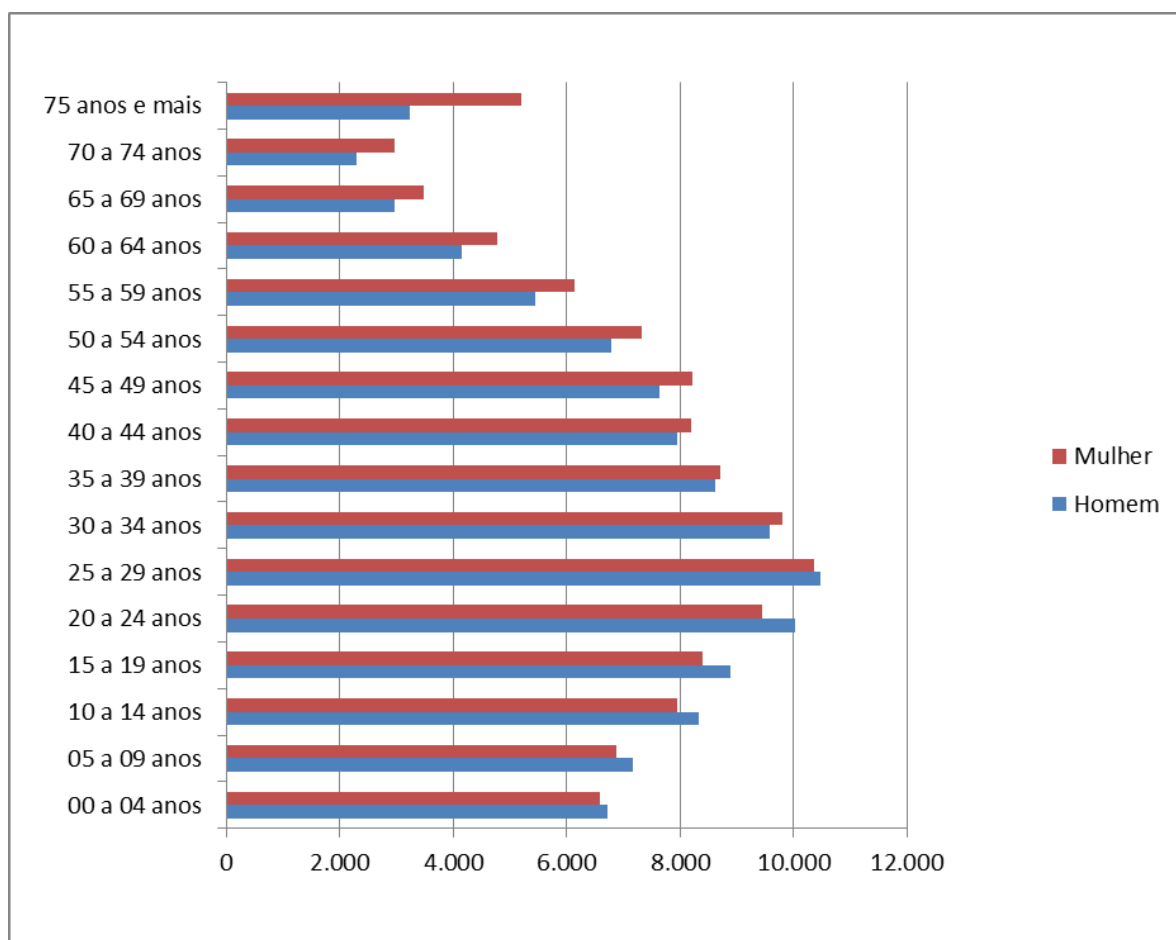
4.2.1 Diagnóstico de Saúde do Município de Estudo

Segundo a projeção da Fundação SEADE (2011) o município tem uma população 224.828 habitantes sendo 100.333 homens e 114.495 mulheres. Tem como população flutuante 20.000 habitantes. Possui dois distritos especificamente: Água Vermelha com 3.296 habitantes e Santa Eudóxia com 3.034 habitantes.

Faz parte do Colegiado Regional de Gestão (CGR) Coração de abrangência do Departamento Regional de Saúde III (DRS III) de Araraquara da Secretaria do Estado de Saúde de São Paulo com sede em Araraquara/SP. O CGR Coração é composto por seis municípios sendo São Carlos único que possui mais de 200.000 habitantes.

O Gráfico1 explicita a distribuição populacional por idade e sexo do município.

Ilustração 1: Distribuição da população residente no município por idade e sexo no ano de 2011.



Fonte: Fundação SEADE, 2011.

A análise da população distribuída em por idade mostra que até aos 20 anos a pirâmide é liderada por homens e após os 30 há uma inversão e as mulheres assumem a predominância em todas as faixas subsequentes, destacando-se a faixa acima de 75 anos. Deve-se dar atenção aos dados com relação a população com menos de 15 Anos correspondente a 19,42% ea população com 60 Anos e mais correspondendo 12,93 %.

O município apresenta densidade demográfica média de 197,06 habitantes/Km², acima da apresentada pelo Estado de São Paulo que é de 167,97 habitantes/Km².

Tabela 1: Densidade demográfica do município e do estado de São Paulo, no ano de 2011.

Região	Densidade Demográfica (hab/Km²)
São Carlos	197,06
Estado de São Paulo	167,97

Fonte: Fundação SEADE, 2011.

Quanto aos vínculos empregatícios ativos, o município apresenta mais de 40% de ocupação da população condensados ao setor de prestação de serviços. Não há uma homogeneidade nos outros setores como agropecuária, indústria, construção civil e comércio. Coloca-se em destaque que o resultado é o mesmo com relação ao Estado onde também o mesmo setor se sai na frente.

Tabela 2: Porcentagem da população com vínculo empregatício por setor da economia no ano de 2010.

Setor da economia	São Carlos	São Paulo
Agropecuária	3,7	2,6
Indústria	28,7	21,4
Const. Civil	3,9	5,2
Comércio	19,8	19,3
Serviços	43,8	51,5

Fonte: Fundação SEADE, 2010

Quanto às condições de vida, o município possui o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), indicador que combina esperança de vida ao nascer, analfabetismo, número médio de anos de estudo e renda per capita, sendo que IDH menor que 0,5 é indicativo de baixo, entre 0,5 e 0,8 médio e acima de 0,8 alto desenvolvimento humano (SEADE, 2012). O município possui um alto desenvolvimento humano no ano 2000.

O Índice Paulista de Responsabilidade Social (IPRS) é um indicador que combina dados de riqueza, escolaridade e longevidade em 5 grupos. O grupo 1 representa municípios que se caracterizam por um nível elevado de riqueza com bons níveis nos indicadores sociais, o grupo 2 representa municípios que, embora com níveis de riqueza elevados, não são capazes de atingir bons indicadores sociais, o grupo 3 caracteriza os municípios com nível de riqueza baixo, mas com bons indicadores sociais, no grupo 4 aborda municípios que apresentam baixos níveis de riqueza e níveis intermediários de longevidade e/ou escolaridade e por fim o grupo 5 estão os municípios mais desfavorecidos do Estado, tanto em riqueza como nos indicadores sociais (SEADE, 2012).

O município apresenta um bom escore apesar de que de 2006 para 2008 houve decréscimo nos seus indicadores sociais.

Tabela 3: IPRS e IDH por ano de aferição.

Indicador	Ano	São Carlos	São Paulo
IPRS	2006	1	
IPRS	2008	2	
IDH	2000	0,841	0,814

Fonte: Fundação SEADE, 2009.

Segundo a Fundação Seade os dados mais atualizados sobre a mortalidade infantil revelam que São Carlos registrou nos últimos 4 anos, média de 8,57 mortes por mil nascimentos, menor em 41% do que a do Estado de São Paulo, que é de 12,15 mortes/mil nascimentos no mesmo período. Em 2011, São Carlos também tem a menor taxa de mortalidade do que a média estadual. Enquanto a cidade possui uma taxa de 11,4 mortes/mil, no Estado é de 11,6. A Organização das Nações Unidas (ONU) fixou, para um grupo de 68 países, a meta de 14,4 mortes/mil até 2015. O Brasil deve atingir essa meta ainda neste ano de 2012 e o município já mantém índices muito menores do que a ONU considera o ideal para 2015.

Tabela 4: Nascidos vivos, óbitos e taxa de mortalidade infantil DRS III, e do Estado de São Paulo – 2011.

Região	Nascidos vivos	Óbitos infantis	Mortalidade infantil
São Carlos	2.903	33	11,4
DRS III	11.823	141	11,9
Estado de São Paulo	610.517	7.52	11,6

Fonte: Fundação SEADE, 2011.

Outros indicadores relativos ao nascimento mostram que, no ano de 2011, o município em estudo possui taxa de partos cesáreos maior que a do Estado de São Paulo; os outros índices como gestação na adolescência e partos operatórios se situavam abaixo dos parâmetros do Estaduais.

Tabela 5: Principais indicadores de nascimento no ano de 2010.

Indicador	São Carlos	São Paulo
Taxa Natalidade/1.000 hab.	12,72	14,59
Mães com menos 18 anos (%)	5,96	6,96
Partos cesáreos (%)	72,13	58,70

Fonte: Fundação SEADE, 2010.

Em relação ao abastecimento de água e a rede de esgotos contemplam acima de 95% da população residente.

Quanto à assistência à saúde, o município possui uma cobertura de ESF de 26,16% e uma cobertura de ACS 25,65% (SEADE, 2012). Observa-se que há uma divergência entre o número de ESF e o número de ACS, e talvez essa desigualdade se deva a composição das equipes de saúde, podendo haver equipes com 4 agentes comunitários em vez de 6 conforme o previsto. Já em relação à cobertura de assistência está dividida em cinco grandes regiões de saúde, denominadas de Administração Regional de Saúde (ARES).

Tabela 6: Elementos da rede assistencial conforme dados do CNES, relativos a junho 2012.

Região	UBS/Centro de saúde	Pronto Socorro	Hospitais
São Carlos	30	2	3

Fonte: DATASUS, 2012.

A tabela 6 descreve a Rede de Atenção Básica à saúde do município, que conta com 30 unidades de saúde que se dividem em 12 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 18 USF, sendo destas 2 USF rurais e 1 USF em implantação. O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) realiza matriciamento para 8 USF.

O município também conta com atendimento hospitalar, duas equipes do Programa de Atendimento Domiciliar (PAD), responsável pelo cuidado à população com limitações funcionais nas atividades diárias e que necessitam de monitorização e cuidado continuado no domicílio. A equipe multidisciplinar presta o cuidado mediante referência dos demais serviços do SUS local e conta também com duas Unidades de Atendimento Médico e Odontológico de Urgência (UPA) cadastradas no CNES como pronto socorro, funcionando 24 horas dia, responsável pelo Atendimento Pré-hospitalar fixo, em situações caracterizadas como urgência.

Semelhante aos outros municípios da região o ciclo gravídico e puerperal figura como a principal causa de internação sendo que as idades que mais se destacam são as de 15 á 19 anos com 62,0%. Em relação à segunda e terceira maior causa de internação se configuram as doenças do aparelho respiratório e circulatório respectivamente.

Quanto à mortalidade hospitalar no município existe um predomínio das doenças do aparelho circulatório como principal causa e as neoplasias como causa secundária.

Tabela 7: Perfil de morbidade e mortalidade, por ano de aferição.

Condição de Saúde	São Carlos	
Morbidade Hospitalar (2009)	1º	Gravidez, parto e puerpério
	2º	Doenças do aparelho respiratório
	3º	Doenças do aparelho circulatório
Mortalidade (2008)	1º	Doenças do aparelho circulatório
	2º	Neoplasias (Tumores)

Fonte: DATASUS, 2008-2009.

Ao considerarem-se os fatores tanto de internação quanto de óbito pode-se notar que se trata de causas relacionadas ao modo de vida que poderiam ter a intervenção da atenção básica em saúde e seus programas como saúde da mulher, por exemplo, com projetos individuais e em ações conjuntas.

A descrição do panorama municipal teve a intenção de notar onde os sujeitos participantes do estudo estão inseridos permitindo fazer reflexões acerca da atuação das equipes de saúde. Em seguida apresenta-se a descrição dos sujeitos participantes da pesquisa.

4.3 Participantes da pesquisa

A definição dos sujeitos participantes do estudo se fez necessária para compreender a complexidade do fenômeno que se intenciona estudar.

Na pesquisa qualitativa, os participantes são selecionados devido às suas experiências com relação ao fenômeno de interesse, sendo os dados coletados, apreciados em pormenor e tendo sua validade na riqueza de descrição dos detalhes das experiências específicas (DRIESSNACK et al., 2007).

Efetuaram-se entrevistas semi-estruturadas com profissionais escolhidos por amostragem deliberada, a se fechar por saturação teórica.

Os elementos amostrais foram selecionados propositalmente já que segundo Turato (2010), é característica da pesquisa qualitativa que o autor delibere quem são os sujeitos que comporão o seu estudo mediante a sua importância permitindo assim o recrutamento daqueles cujas características pessoais possam agregar informações valiosas ao tema escolhido.

Considerou-se a interrupção da captação de novos componentes quando se percebeu a repetição de dados, ou seja, os novos dados já não agregariam novas informações. Esta modalidade segundo Turato (2010) chama-se amostragem por saturação, aquela em que o pesquisador estabelece ou fecha o número final de sujeitos quando após algumas informações coletadas as próximas coletas passam a apresentar um número de repetições do seu conteúdo.

Optou-se por selecionar todos os enfermeiros atuantes no município como sujeitos de pesquisa tendo uma cobertura total de USF mostrar-se uma amostra ideal de participantes.

Pelo fato de uma das 18 USF encontrar-se em implantação, uma enfermeira encontrar-se de férias no momento da coleta de dados e uma enfermeira ter referido não realizar ações educativas junto a equipe de saúde sendo assim excluída como participante da pesquisa, o estudo foi realizado em 15 USF albergando assim 17 equipes de saúde.

4.3.1 Critérios de Inclusão

- Profissionais enfermeiros da Unidade de Saúde da Família
- Realizar atividade de Educação Permanente em Saúde com a equipe de enfermagem em sua unidade.
- Exercer a função de enfermeiro da ESF há dois anos ou mais.

4.4 Entrevistas

Para coleta de dados recorreu-se à entrevista, meio pelo qual são colhidas informações sobre determinado tema pelo entrevistador ao entrevistado por meio de um interrogatório (CERVO; BERVIAN, 1996).

A entrevista foi constituída por um instrumento de pesquisa de dados sócio-demográficos (Apêndice B) e uma questão norteadora: “Como ocorre o processo de EPS na sua unidade?”.

A entrevista possibilita um aprofundamento do entrevistado no tema e na entrevista semiestruturada é um instrumento que permite o conhecimento tanto do entrevistado como de certo modo do entrevistador representando ganhos que enriquecem os dados segundo os objetivos propostos (TURATO, 2010).

Existem várias modalidades de entrevista e dentre elas a entrevista semiestruturada que permite adaptações no seu decorrer de modo que se o pesquisador considerar uma fala incompleta ou confusa pode pedir ao entrevistado que a esclareça, tornando assim esta técnica flexível e interativa (TURATO, 2010).

Para efeito de teste foi realizada uma entrevista piloto escolhida de forma aleatória procurando assim a isenção da pesquisadora na seleção do sujeito piloto. Pretendeu-se com isso testar o roteiro de entrevista com a finalidade de verificar a compreensão, clareza, identificar as possíveis falhas, o tempo médio da entrevista e a forma de abordagem da pesquisadora já que segundo Minayo (2006), o pré-teste contribui para determinar a clareza e precisão dos temas da lista previamente elaborada. Ela pode ser modificada no transcorrer da sua aplicação assim que o pesquisador perceber o surgimento de temas não

previstos apontados pelos entrevistados e que se mostram de suma importância para o objeto proposto.

Polit et al. (2004) também o descrevem como uma experimentação prévia que ajudará a indicar se o que se pretende está realmente bem formulado e se ajudará a dar origem a novas informações.

A questão norteadora foi ajustada com relação à forma de abordagem da pesquisadora e validada tornando-se adequada para aplicação.

4.5 Coleta de dados

A coleta de dados ocorreu nos meses de janeiro a fevereiro de 2012 e teve como método operacional a entrevista semiestruturada.

Tendo selecionado os sujeitos do estudo, a pesquisadora efetuou um primeiro contato com os mesmos via telefone, onde foram consultados quanto à disponibilidade em participar do estudo e agendamento prévio de data, horário e local do encontro. Todos os sujeitos aceitaram receber a pesquisadora para tomar ciência da investigação e da sua participação.

Num segundo contato já presencial, foram discutidos os objetivos da pesquisa e leitura em conjunto do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A). A pesquisadora garantiu o anonimato, confidencialidade e compromisso e obteve por parte de todos a anuência para a participação do projeto sendo os termos assinados e arquivados.

Tiveram-se como facilidades no agendamento das entrevistas a aceitabilidade do projeto de pesquisa junto à Secretaria Municipal de Saúde e a disposição de uma aluna de mestrado em providenciar a lista das USF do município.

Almejando o zelo pelo anonimato a pesquisadora optou por descrevê-los conforme as 18 províncias de Angola/África, e não de acordo com a codificação utilizada nas entrevistas. Dessa forma a identificação do profissional está preservada.

São elas: Bengo, Benguela, Bié, Cabinda, Cunene, Huambo, Huíla, Kuando-Kubango, Kwanza-Norte, Kwanza-Sul, Luanda, Lunda-Norte, Lunda-Sul, Malange, Moxico, Namibe, Uíge, Zaire.

As entrevistas foram realizadas individualmente, face a face, em local pré-estabelecido entre pesquisador e sujeito que no caso foram às próprias unidades de saúde durante horário de trabalho. Foi utilizado gravador para o registro das entrevistas, a fim de se obter maior fidedignidade na transcrição dos dados. O gravador só foi utilizado após autorização dos participantes. Tiveram duração mínima de 5 minutos e máxima de 30 minutos. As gravações serão destruídas após 5 anos, como estabelece a Resolução do Conselho Nacional de Saúde Nº 196/96.

4.6 *Análise dos dados*

O universo de dados analisados neste estudo foi constituído de entrevistas que foram transcritas integralmente e os dados gerados foram submetidos ao referencial metodológico da Análise de Conteúdo.

Este método é bastante utilizado em pesquisas qualitativas e segundo Minayo (2006, p. 303), consiste em:

Um conjunto de técnicas de pesquisa que permitem tornar replicáveis e válidas inferências sobre dados de um determinado contexto, por meio de procedimentos especializados e científicos.

A análise de conteúdo não se limita a uma leitura atenta dos textos, documentos ou outras formas de comunicação, mas, pretende explorar o significado que eles trazem e que podem estar manifestos ou não levantados pelo leitor.

Este método se desenvolve em várias modalidades e a escolhida para este estudo foi a Análise Temática. Consiste em buscar os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência sejam relacionadas às feições dos objetivos propostos. Na análise temática os dados são fragmentados em unidades temáticas que podem ser apresentadas graficamente por meio de sentenças, frases ou resumos, mas sempre tendo como base os objetivos propostos (MINAYO, 2006).

A primeira etapa desta operação é a Pré-Análise: aqui se faz seleção do material coletado e uma retomada às hipóteses e aos objetivos propostos verificando a possibilidade de dar resposta ao problema de pesquisa. A pré-análise é permeável quanto à reformulação das hipóteses diante do material obtido. Para a sua execução os propósitos da pré-análise são divididos em três fases sequenciais:

- *Leitura Flutuante*: contato intenso com os documentos obtidos a fim de se deixar envolver com o seu conteúdo.

- *Constituição do Corpus*: organizar os documentos obtidos obedecendo algumas normas para validação qualitativa; *Exaustividade*: observa aspectos

obtidos no roteiro; Representatividade: deve conter a representação do universo pretendido; Homogeneidade: deve contemplar critérios precisos de escolha em termos de temas, técnicas e interlocutores; Pertinência: o material analisado deve ser coerente aos objetivos do estudo.

- Exploração Material: consiste na redução do texto a palavras, e expressões significativas de modo a alcançar o núcleo de compreensão do texto.

- Tratamento dos Resultados Obtidos e Interpretação: os achados brutos são submetidos a operações estatísticas simples ou complexas que possibilitem focalizar nas informações obtidas. Desde este ponto o pesquisador ajuíza de acordo com o quadro teórico ou propõe novas dimensões teóricas apresentadas pelo material obtido (MINAYO, 2006).

4.7 Aspectos Éticos da Pesquisa

A pesquisa primeiramente foi apresentada à Secretaria Municipal de Saúde de São Carlos para apreciação, recebendo um parecer favorável à sua realização por parte do seu representante máximo.

Feito isto e estando de acordo com a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde de 10/10/96 foi aprovada aos 04 de Novembro de 2011 pelo Comitê de Ética em Pesquisa – UNESP/Faculdade de Odontologia de Araraquara (FOAr) sob o protocolo nº 70/11 (Anexo A).

5 Resultados e Discussão

Neste capítulo apresenta-se a discussão dos resultados com base no referencial teórico adotado e nos autores ligados ao tema da investigação. Os dados sócio-demográficos foram caracterizados apresentando o perfil dos sujeitos pesquisados. Em seguida apresentam-se os dados referentes à análise das categorias elencadas seguidos das discussões conforme os comentários dos participantes.

5.1 *Perfil dos enfermeiros das unidades de saúde estudadas*

No universo de 15 profissionais participantes deste estudo 14 representam o sexo feminino e apenas um, o sexo masculino. A participação feminina no setor saúde apontada por Machado (1986) prevê a participação da mulher no mercado de trabalho em saúde de maneira expressiva e o presente estudo confirma a tendência visível à época. Situação semelhante foi descrita por Ximenes Neto et al. (2009) no estado do Ceará que ao identificar as necessidades de competências e perfil dos enfermeiros da ESF observou que 30 dos enfermeiros eram do sexo feminino.

Em relação à faixa etária este estudo nos mostra que a maioria 13 está dentro dos 30 anos e apenas dois acima dessa faixa. Isso nos dá uma visão panorâmica das enfermeiras atuantes na SF hoje continuam jovens conforme se verificava já desde os anos 80 segundo Machado (1986) e mais recentemente por Gil, (2005) que na sua amostra teve uma concentração no grupo etário de 31 a 45 anos de idade para os modelos de AB, PSF e UBS respectivamente. Sendo que no PSF os trabalhadores são significativamente mais jovens na faixa de até 30 anos.

Quanto ao tempo de formação no curso de graduação em enfermagem houve uma variação de 7 a 25 anos tendo uma média de 11 anos por profissional. O tempo de atuação na ESF exercendo a função de enfermeiros variou de 5 a 11 anos com uma média de 8 anos de serviço (quadro 1).

Quadro 1: Identificação dos enfermeiros participantes.

Sujeito	Sexo	Idade (anos)	Tempo de Formação (anos)	Tempo de atuação em SF (anos)
Cabinda	F	33	7	7
Zaire	F	50	25	11
Uíje	F	37	11	11
Malange	F	30	8	5
Kuanza Norte	F	31	9	9
Bengo	F	47	23	11
Lunda	F	34	8	8
Luanda	F	32	7	7
Benguela	F	30	8	6
Bié	F	38	10	10
Huambo	F	37	11	8
Moxico	M	33	11	9
Cunene	F	31	8	6
Namibe	F	30	7	6
Kuando Kubango	F	30	7	4

Quanto ao tempo mínimo de atuação definido como explicitado na metodologia, foram incluídos enfermeiros que possuíam mais de 2 anos de trabalho em SF.

Neste estudo observa-se que 6 dos enfermeiros tinham a ESF como única área de atuação desde a formação.

Em pesquisa nacional conduzida por Tomasi et al. (2008) objetivando avaliar o perfil das equipes de saúde da rede básica em 41 municípios com mais de 100 mil habitantes de sete estados das Regiões Sul e Nordeste revelou que os trabalhadores vinculados ao PSF pouco menos de 20% na região Sul e cerca de 30% no Nordeste mantinham o trabalho atual como primeiro emprego.

Esta tendência dos trabalhadores se fixarem nos respectivos serviços é bem vinda já que, para que o trabalho em saúde seja realizado com efetividade, é necessária a criação de vínculos entre os profissionais e usuários e compromissos para com a instituição empregadora, favorecendo a integração no trabalho em saúde.

Quanto aos cursos de pós-graduação encontrou-se uma pequena diversidade de profissionais que possuem especialização relacionada a “*lato senso*” (quadro 2).

Quadro 2: Identificação dos cursos de Pós Graduação e as respectivas Instituições de Ensino.

<i>Cursos de Pós Graduação</i>	<i>Instituições de Ensino</i>
Especialização: SF, Promoção do Desenvolvimento Infantil na 1ª Infância	UFSCar/USP
Especialização: SF, Saúde Pública	Fund. São Camilo/USP/ENSP
Especialização: SF	UFSCar
Especialização: SF Residência Multiprofissional	FAMEMA
Especialização: SF, Informática. em Sd, Enfermeiro do Trabalho Residência Multiprofissional	FAMEMA/FAMERP/UNIFESP
Residência Multiprofissional, Gestão Pública	UFSCar/UNISA
Especialização: SF	UFSCar
Especialização: SF, Enfermeiro. do Trabalho, Gestão em Sd Pública, Auditoria	USP
Especialização: SF, Enf. Psiquiátrica, Docência, Acupuntura	UNINOVE/USP/FIOCRUZ/CREAT
Especialização: SF Residência Multiprofissional	FAMEMA
Especialização: SF	USP
Especialização: SF, Sd Coletiva, Enf.Cirúrgica	UNIFESP
Especialização: SF Residência Multiprofissional	FAMEMA
Especialização: SF, Informática. em Sd, Gestão de Serviços, Gestão em Enfermagem	UFSCar/UNIFESP
Especialização: SF, Cardiologia Residência Multiprofissional	FAMEMA

A formação dos enfermeiros em nível de pós-graduação incluiu residência multiprofissional em SF 6 e especialização em diversas áreas predominando a SF14. O número de cursos é maior do que o de enfermeiros já que vão de um a 4 cursos por enfermeira, totalizando 38 cursos.

Estes dados reforçam estudos que falam sobre a tendência à super especialização dos profissionais apontando que, a graduação por si só ainda

não é capaz de formar profissionais resolutivos no que toca ao cuidado integral de saúde pretendido pela SF (CORDEIRO, 2002; XIMENES NETO et al., 2009; STARFIELD, 2002).

Podemos observar que a maioria 14 possuía formação em SF e apenas um enfermeiro não possuía especialização nessa área. Este dado se torna excepcional já que segundo o edital de concurso para o município exigia-se como requisito a pós-graduação lato senso a especialização em SF ou residência multiprofissional em SF. Estes dados estão de acordo com as próprias diretrizes de implantação da ESF.

Estudo feito por Gil (2005) sobre o perfil dos alunos ingressos nos cursos de Especialização e na Residência Multiprofissional em Saúde da Família mostrou que 69% dos estudantes eram integrantes das equipes de SF, sendo que em cursos de especialização estavam a maioria (79,5%) dessa percentagem.

Contraopondo, Ermel e Fracolli (2006) identificaram que enfermeiros atuantes na ESF na cidade de Marília/SP, não possuíam especialização na área de Saúde Coletiva ou Saúde Pública, mas possuíam formação nas áreas de Saúde Mental, Administração Hospitalar e Administração de Serviços de Saúde, havendo ainda profissionais que não tinham nenhuma especialização.

O MS tem promovido ações no sentido de articular e integrar órgãos educacionais a formação e qualificação dos profissionais de saúde com a oferta de cursos de formação técnica e de especialização com vista à promoção da PNEPS.

É significativo o número de cursos realizados em instituições privadas 6 o que de nota que apesar das parcerias entre MS e o Ministério da Educação em capacitar os trabalhadores da saúde, ainda é visível a procura de capacitação por parte dos enfermeiros por iniciativa individual.

5.2 Categorização dos temas

Após a leitura e interpretação das entrevistas transcritas, identificaram-seas seguintes categorias: Educação Permanente em Saúde versus Processo de Trabalho, Facilidades e Dificuldades em relação à Educação Permanente em Saúde, Ações desenvolvidas em relação à Educação Permanente em Saúde.

5.2.1 Educação Permanente em Saúde versus Processo de trabalho

A análise dos dados evidencia que, de acordo com a compreensão dos enfermeiros, a EPS e o processo de trabalho ocorrem ou devem ocorrer concomitantemente. O trabalho em saúde e a educação no trabalho elegem-se como práticas sociais demandadas em cada momento histórico e que se transformam com a interação com outras práticas sociais (MATUMOTO et al., 2011).

Os entrevistados entendem que a EPS deve ser desenvolvida durante o processo de trabalho conforme observado nos relatos que se seguem:

“É uma relação que visa melhorar a qualidade. Acho que a EPS ela faz parte do processo de trabalho a partir do momento em que você quer melhorar a qualidade do serviço que você presta e assim estar retomando alguns conceitos e estar reavaliando, acho que é para isso que serve a EPS.” (Huambo)

“A EPS ela é feita sempre em cima do processo de trabalho. A demanda é feita sempre em cima das dificuldades que acontecem no processo de trabalho que é trabalhado com a equipe como um todo [...] sempre em cima das dificuldades encontradas no processo de trabalho.”(Bengo)

“Então o processo de trabalho... se a gente realiza o trabalho sem ter uma discussão, é sem ter é, sempre pesquisando, as tecnologias estão sempre mudando, coisas novas surgindo, novas pesquisas, então não tem como você realizar o trabalho se você não fizer educação permanente, uma discussão ampla o seu trabalho fica comprometido.” (Bié)

A condição indispensável para a mudança na pessoa ou instituição é experimentar desconfortos na prática diária, e deste modo, percebera dinâmica relacionada aos agentes e sujeitos da ação como insatisfatória para responder aos desafios do trabalho. Essa insatisfação deve ser intensa, para ser capaz de

motivar a busca por novas formas de atuação ou novos caminhos que permitam enfrentar o desafio de produzir transformações (CECCIM, 2005).

Adicionalmente, outros autores afirmam que a perspectiva do trabalhador sobre a concepção do trabalho como meio de transformação intencional, provém da necessidade que impulsiona a busca por mudança (SÁ et al., 2009).

Paschoal, Mantovani e Méier (2007) entendem que a educação parte das experiências vividas pelo sujeito em diferentes cenários, ou seja, o homem sempre procura meios de edificar o seu conhecimento.

Os sujeitos entrevistados vêm a EPS como uma ferramenta para qualificar e transformar o processo de trabalho, tendo os espaços de troca como suporte para aliviar as tensões das atividades profissionais. Tornar o cotidiano como espaço aberto à revisão permanente é admitir que ele possui uma dinâmica e que esta dinâmica se apresenta amplamente porosa a diversas vivências, momentos e contextos (CECCIM, 2005).

De certa forma, a EPS na sua concepção já previa a compreensão da realidade inconstante e dependente de metamorfoses nas ações em saúde, por isso propõe o abandono dos sujeitos como se conhecem por sujeitos para construção de um novo sujeito repleto de subjetividade que traça novos caminhos de gestão do processo de trabalho (CECCIM, 2005).

Os dados provenientes deste estudo permitiram identificar na fala dos participantes, as contradições existentes no processo de trabalho referente à EPS. Estes resultados podem constituir-se em um instrumento de intervenção e produção de serviços que determinariam novos modos de agir em saúde.

Apesar do discurso referindo que a EPS possibilita a reflexão, discussão e redimensionamento do processo de trabalho, esta tarefa, ainda encontra dificuldades de ser inserida no dia-a-dia de trabalho, como manifesta à depoente:

“[...] a equipe muitas vezes prefere que as questões sejam tomadas por alguém porque ai eu não preciso me responsabilizar, se eu errar foi culpa sua porque você é que mandou eu fazer, então eu percebo assim que há um ... não estranhamento mas uma inquietação né, todo mundo fica provocando é, a ideia é provocar todo mundo para que todo mundo se coloque e tente chegar a algumas soluções, então eu acho assim, eu não vejo assim que todo mundo vai aparecer: ai então vamos tentar resolver, vamos... não é muito legal, as pessoas inicialmente ficam quietas, não querem se colocar mas a gente tem que ficar facilitando, instigando pra

ajudar nesse processo senão acaba mesmo dando a solução e aí educação permanente né.”
(Benguela)

Apesar da valorização da EPS, as características apontadas no relato anterior nos mostram indícios da educação tradicional e de abordagens reconhecidas pela verticalidade. Não é fácil para a própria equipe sair do ideal para o real e nisso a EPS perde força, deixando espaço para a hierarquização do trabalho e para o trabalho individualizado. A visão da EPS como estratégia para reorganização do processo de trabalho não ocorre automaticamente. Exige um rearranjo dos processos que permita que o saber de cada um se incorpore para formar novos saberes diversificados e criativos.

Na percepção dos participantes, a noção do enfermeiro como facilitador é interpretada de forma equivocada, pois entendem que alguém precisa ter uma solução ou resposta e que se ninguém se manifesta cabe ao enfermeiro essa missão. Entretanto, o papel do facilitador é que possa acompanhar e facilitar a reflexão crítica sobre o processo de trabalho na ESF.

Por outro lado, é importante observar como esses profissionais percebem o seu espaço de trabalho, pois, se for de forma pacífica, adaptada ao sistema, dificilmente percebem as carências existentes quando se pensam nas bases referenciais propostas na ESF. De acordo com Marqui et al. (2010) a não exposição de ideias e a postura passiva dos profissionais, são reflexos da forma como eles observam o seu trabalho. A dificuldade em identificar e relatar as dificuldades no processo de trabalho reduz substancialmente o poder de ação dos atores e a possibilidade de edificação de estratégias construtivas em conjunto.

A demanda de trabalho, segundo relatado pelos participantes, também é um fator que impossibilita a realização da EPS, que ainda não é tida como instrumento potente para intervir nas situações de trabalho.

“Eu percebo que a relação é meio é... não é muito harmoniosa né, existe bastante dificuldade em implantar a educação permanente né. Os funcionários têm bastante dificuldade de entender como que é esse processo né, que não é só a gente chegar com palestras, aulas, a gente determinar temas, parte da de deles da necessidade deles da vontade deles em melhorar a sua atuação enquanto profissional... é principalmente porque a demanda do trabalho é muito grande né, e muitas vezes a gente acaba sendo consumido por essa demanda. Mesmo a gente tendo horários pré-determinados às vezes nestes horários a gente não consegue falar de outra coisa senão problemas, de organização do fluxo, organização do

processo de trabalho e a gente acaba deixando um pouco de lado a educação permanente.”(Kuando-Kubango)

A noção de prioridade a questões gerenciais ou assistenciais em detrimento das ações educativas reforça a incapacidade de visualizar a EPS como estratégia para detectar as necessidades vindas do próprio trabalho e formas de resolvê-las. O cotidiano intenso de trabalho aparece como fator perturbador que impede que a equipe tenha momentos ou encontros em conjunto minando qualquer tentativa de reflexão sobre essas mesmas demandas e formas de resolução para transformação da prática (VILAS BOAS; ARAÚJO; TIMÓTEO, 2008).

5.2.2 Facilidades e Dificuldades em relação à EPS

A lógica do trabalho em equipe fundamenta e sustenta a ESF e exige mudanças no processo de trabalho em saúde, saindo do modelo centrado do profissional para uma nova conformação que possibilite a articulação de diversos saberes e a corresponsabilidade entre os membros da equipe.

Nas USF os enfermeiros desenvolvem múltiplas funções que perpassam a gerencia, educação e assistência. Essa realidade define as diversas responsabilidades do enfermeiro e não é incomum ouvir relatos de sobrecarga nas suas funções do cotidiano (VILAS BOAS; ARAÚJO; TIMÓTEO, 2008).

A ESF pela conformação diferenciada propõe a gestão compartilhada da USF. Quando isso não acontece há por parte das enfermeiras um sentimento de incapacidade e frustração em não conseguir assumir totalmente as suas responsabilidades, especialmente aquelas relacionadas à educação/capacitação perante a equipe de SF conforme os relatos a seguir:

“É na verdade, logo que começou a ter a questão de enfermagem tinha que deixar tudo prontinho, bonitinho, a casa arrumadinha pra assistência médica, a gente agarra isso com unhas e dentes e não larga mais porque é assim, fica muito centrado, se eu não puxo a reunião, a reunião está para começar as duas, eu faço isso propositalmente, não começa, não começa, se eu não estiver não começa a reunião, não começa, então eu tenho que puxar, tenho que chamar, eu...não sei se é o meu colega, porque médico não tem, mais tem o dentista que é o gestor comigo né (risos), então eu percebo que ele fica em cima do muro, de vez em quando eu dou umas puxadas nele (risos), mas acaba ficando muito por conta nossa.” (Bié)

“Porque infelizmente eu ainda não consigo fazer uma gestão totalmente compartilhada, então se eu conseguir e não é por conta que os profissionais o médico e dentista não estão receptivos para isso, mas porque ainda tem a cultura que o enfermeiro coordena a unidade,

que o enfermeiro é gestor da unidade e ai eu ainda não consegui me organizar na agenda para conseguir atender, fazer a parte assistencial, para fazer a parte de gestão e fazer a parte mesmo de educação permanente com os outros profissionais e porque a gente apontou a maior necessidade nesse momento mesmo porque no município os ACS não têm formação nenhuma quando eles entram para na unidade de saúde a maior necessidade partia deles mesmos.” (Cunene)

A incumbência de gerir a unidade de saúde é reconhecida pelas enfermeiras como entrave ao desempenho satisfatório de suas atribuições, incluindo a de facilitadora de processos educativos. Estudo realizado nos estados do Maranhão, Tocantins, Pará e Amapá, no ano de 2006 como parte do Projeto de Expansão do Programa de Saúde da Família (PROESF), analisou questionários aplicados a médicos e enfermeiros pertencentes às equipes de Saúde da Família, presentes em 16 municípios dos quatro estados da Região Norte acima citados (CORDEIRO et al., 2009).

Um dos resultados obtidos foi a fraca percepção dos médicos da família quanto ao seu papel nas ações educativas. Segundo a sua percepção esta atividade é atribuída a outro profissional mais concretamente ao enfermeiro, eximindo-se da responsabilidade desta tarefa (CORDEIRO et al., 2009).

Não cabe a transferência de responsabilidades ou até mesmo a supressão de opiniões sobre os temas das ações educativas, priorizando a opinião do “saber de nível superior da unidade”. O relato a seguir descreve bem este quadro:

“Priorizar né, quem precisa mais é aonde a gente vai intervir, mas eu acho que é um processo acho que conseguindo dividir a gestão acho que é possível mesmo porque educação permanente não precisa partir só de mim, pode partir dos outros membros da equipe, mas ainda culturalmente ainda tem a coisa que só o enfermeiro faz isso.” (Cunene)

“Estratégia geralmente não só sou eu que sugiro. Geralmente senta eu, médico e o dentista a gente vê o que é que se pode fazer, sempre parte da gente, nós a gestão daqui né, que forma a gente poderia discutir, vocês querem discutir uma coisa?... então a gente parte desta forma pra discutir um tema de doença, o doutor traz um caso pra gente discutir isso ou uma coisa de educação permanente que é ..a gente procura uma dinâmica pra passar então surge mais da gente e não das pessoas, mas, eles citam quando eles conhecem das coisas, eles começam a falar, traz uma dinâmica que a gente gostou, traz um outro caso que a gente gostou ele começam a falar, mas eles precisam conhecer cada um porque eles também não conhecem cada tipo, cada disparador. Quando eles começaram a conhecer eles começaram a pedir.” (Kuanza)

Almeja-se o comprometimento e sensibilização do gestor com a estratégia da EPS, lembrando que este processo deve ser construído em

conjunto, para que o trabalhador se sinta valorizado e integrante do processo. É importante a inclusão de outros profissionais na discussão, uma vez que as atribuições dos profissionais das equipes de saúde da família incluem contribuir e participar das atividades de EPS na USF (BRASIL, 2006).

Vale lembrar que as ações de gestão e cuidado ocorrem concomitantemente às ações educativas relativas à profissão do enfermeiro. Como se trata de um processo contínuo há a possibilidade de serem executadas independentemente da necessidade de um tempo exclusivo a elas. (ESPINOZA, 2007).

A realidade da ESF como um novo espaço para a construção da autonomia dos trabalhadores em especial ACS e auxiliares de enfermagem, mediante a incorporação de novas competências e tecnologias, além da maior interação e verticalização das relações profissionais, tem se mostrado desafiadora na medida em que se torna necessária uma ampla revisão dos papéis individuais e as suas práticas neste meio diferenciado.

Assim, não se pode falar em inovação e desafios enquanto não se repensar no processo de trabalho, pois, não há autonomia sem corresponsabilidade individual de suas próprias ações. O relato que se segue demonstra que essas transformações ainda fazem parte apenas do discurso, isto é, num cenário totalmente diferente em que trabalhadores parecem ter a percepção de que assumir novas propostas é assumir sérios riscos, distanciando assim uma margem do que se deve fazer do que realmente é feito.

“Causa ainda um... como posso dizer assim, um sentimento muito eh um estranhamento nas pessoas, fala ai vou colocar e vou ter que acabar me responsabilizando então isso é assim.”(Benguela)

“Fica muito centrada, por mais que a gente tenta, tenta passar que, que isso é uma responsabilidade e as pessoas elas querem correr da responsabilidade, e eu não sei da onde a gente tirou isso, na verdade a gente não tirou, deram pra gente e a gente não soltou mais.” (Bié)

Rodrigues, Vieira e Torres (2010) já fizeram referência que o interesse, comprometimento e dedicação dos profissionais envolvidos em atividades educativas propiciam a mudança na prática educativa. É impossível a

construção de novos caminhos sem o protagonismo dos sujeitos atuantes e a nova missão precisa ser entendida e defendida por todos a fim de se evitarem equívocos e frustrações (PAIM, 2001).

Se a integração não ocorrer em todas as fases do planejamento, na tomada de decisão do processo de capacitação e também sobre as ações educativas, arrisca-se a repetir os modelos de atenção que negam a construção conjunta de projetos comuns voltados à saúde da família. Este momento precisa estar embasado na formação e capacitação permanente dos atores amparados pela multidisciplinaridade e interdisciplinaridade, e que abracem totalmente o cuidado e a atenção à população adstrita (ALMEIDA; MISHIMA, 2001).

Por outro lado, é importante referir que existem fatores no dia a dia que não podem ser ignorados na tentativa de fazer o que seria o ideal, fatores como a dificuldade dos trabalhadores em aplicar os conceitos na prática e a desmotivação, intervêm significativamente quando se pretende mudar, uma vez que é importante que todos se revejam como autores do processo de mudança e que atuem no mesmo sentido para que esta mudança tenha realmente impacto.

Um estudo que relatou a experiência de implantação da PNEPS no município de Embu-SP, e objetivou identificar e definir ações educativas que qualifiquem a atenção e a gestão em saúde através da formação e do desenvolvimento dos trabalhadores do setor identificou as dificuldades da experiência com ações educativas. Identificaram-se como fatores dificultadores: a aplicação dos conceitos apreendidos na prática, a rotina intensa de trabalho diário, o agendamento de encontros da equipe, a desmotivação, a fraca participação de outros profissionais na discussão em especial o médico e, a abertura para a inclusão dos usuários nas discussões (CAROTTA; KAWAMURA; SALAZAR, 2012).

Estes fatores tornam de alguma forma as atividades educativas desmotivadoras e desestimulantes em conforme com o relato a seguir:

“Então eu tento é às vezes eu acho que é muito individual isso, a motivação é de cada um então eu tento trabalhar com o perfil de cada pessoa e daquilo que ela quer pra vida dela né, eu tenho funcionários que odeiam estar aqui entendeu e tenho funcionários que adoram estar aqui né então eu tento trabalhar com um e com outro de forma diferente mais

individualizada né e durante as nossas reuniões a gente sempre tenta é partir realmente do que eles sentem necessidade apesar de que as vezes tem coisas que a gente precisa colocar mesmo não, eles não sentindo que aquilo é importante, a gente sempre acaba partindo mais do que eles acham que é importante.” (Kuando)

“No início aquela motivação, ah fazer com que as pessoas falem, a gente tem que ter um desgaste no início assim para ver começam a falar, a ajudar a cooperar, a entender o que esta... porque acham que eles ficam esperando essas respostas então instigar para que eles deem esse retorno, acho que isso é uma dificuldade.” (Benguela)

Outro fator que não pode ser ignorado é de que forma são realizadas as práticas educativas. Cabe ao enfermeiro despertar os outros profissionais sobre a importância da EPS, conceituar e estabelecer os seus propósitos nas atividades educativas já que comprovadamente a formação que estes profissionais possuem se encontra defasada.

Por conseguinte, se o enfermeiro não for o estimulador dessa discussão, não analisar todo este processo com a sua equipe, facilmente esta se encontrará perdida e por se manter na ignorância sobre os reais propósitos da EPS e dificilmente se mostrará pró ativa quanto a essas questões. Aos profissionais envolvidos, deve-se instigar a compreensão da realidade em que se inserem e com base nas suas experiências, avivar neles a pretensão de buscar e construir recursos que levem a transformação (BARBOSA; FERREIRA; BARBOSA, 2012). É importante salientar que, se por um lado o discurso é de construção conjunta, por outro lado é de que “a equipe não participa, não apoia”.

Ao município não se exige a formulação de políticas próprias que figurem no Plano Municipal de Saúde, para que os trabalhadores tenham ciência dessa política e que possam contemplá-la em suas ações.

Além disso, quando o enfermeiro é questionado sobre a sua opinião em relação ao conhecimento da equipe, e o ele afirma desconhecer, percebe-se nestas circunstâncias o quão difícil é aceitar fazer algo sem um conhecimento sólido da atividade a se realizar. Adicionalmente, é nestas circunstâncias que o enfermeiro percebe que o que tem feito está longe de ser EPS, pois o discurso da política pretende tornar os profissionais mais participativos, respeitando o seu conhecimento e ampliando os espaços de aprendizagem.

Pode-se, no entanto, admitir-se que o enfermeiro não se sente preparado ou habilitado para falar da EPS com a sua equipe talvez por falta de

uma formação específica ou por não enxergar a sua real importância. O enfermeiro pode não sentir que faz parte do seu papel de educador procurar e levar isso à equipe.

Recentemente, estudo realizado em um município do interior de São Paulo objetivando descrever e analisar o processo de educação dos ACS utilizado pelos enfermeiros na ESF corroborou esta situação. Relatou que apesar da importância da estratégia de EPS, o enfermeiro como responsável por supervisionar, coordenar e realizar atividades de educação permanente dos ACS e da equipe de enfermagem ainda faz uso de metodologias de ensino tradicionais, possui despreparo técnico e prioriza as ações burocráticas, individuais e clínicas sendo que alguns chegaram a admitir não conhecer a política de EPS. Verificou ainda que para atuar como facilitador das atividades de educação junto à equipe, o enfermeiro necessita também de formação específica que lhe permita conhecer as metodologias ativas em especial a problematizadora (BARBOSA; FERREIRA; BARBOSA, 2012).

Outro estudo realizado na região de Araraquara/SP objetivou cartografar os movimentos de EPS disparados a partir do curso de Facilitadores de EPS, do MS e Escola Nacional de Saúde Pública. Revelou que os facilitadores de EPS se mostraram duvidosos acerca da possibilidade da EPS ser facilitada por pessoas não treinadas ou formadas para tanto (FORTUNA et al., 2011).

Diante deste olhar sobre a nova forma de se trabalhar é importante que o enfermeiro esteja ciente que deve repensar sobre a sua prática educativa, rever as suas concepções, desenvolver novas metodologias e ferramentas, novos conteúdos que facilitem este processo. Rocaldoni e Sena (2006) propõem para a gestão, cursos de capacitação, que instiguem o enfermeiro a conhecer e dominar a pedagogia problematizadora considerando como essencial na determinação da qualidade do cuidado.

No entanto, outros discursos mostram a participação e a independência dos atores enquanto sujeitos ativos do processo, que agem com comprometimento e responsabilidade nas atividades de construção conjunta.

“Acho que só de colocar eles pra presidir a reunião, fazer escala, mostrar que eles são importantes né, eu acho que isso já muda a maneira deles pensar o que é que é uma reunião e como conseguir as coisas, {...} Isso não tinha, não existia, nós criamos em equipe né.” (Luanda)

“O que ajuda porque ai não tem que ser só a responsabilidade, não tem que ser uma coisa imposta que as pessoas entendem, enxergam quando acontece, importante responsabilidade então eu acho que para o enfermeiro ele tira um pouco dessa carga esse peso de ter que resolver tudo e não tem que resolver tudo na realidade é a equipe que tem que fazer esse papel né de tentar colocar e não é uma coisa assim eh não é uma coisa que acho da minha cabeça e acho que isso é uma ferramenta mesmo”.(Benguela)

Assim, quando há autonomia na aprendizagem há também o fortalecimento da capacidade de aprender a aprender e quem se sente autônomo tem consciência da necessidade de se formar permanentemente.

Neves e Cabral (2008) ampliam a definição de empoderamento como sendo a liberdade de decidir sobre diversos assuntos baseando-se em conhecimentos previamente adquiridos, na tomada de iniciativa individual de conhecimento, refletindo sobre o seu contexto e realidade numa ação de consciência crítica, ou seja, escolhas conscientes para a superação da realidade em que se encontra e isso é o que almeja a EPS.

A avaliação dos resultados das ações de formação ou atividades educativas realizadas junto aos trabalhadores se mostra uma ferramenta importante quando permitem visualizar o impacto e os efeitos das ações desenvolvidas para que seja possível uma revisitação dos pontos críticos com posterior reorganização e replanejamento das atividades.

Ocorreu aqui de forma semelhante uma considerável homogeneidade de respostas, que consistiu em saber que a EPS é importante, mas é pouco utilizada conforme os relatos que se seguem:

“É não faz muito, na verdade faz muito quando tem que fazer um...por exemplo, agora a gente ta fazendo um instrumento {...} mas eu vou dizer não é sempre não, a maioria das vezes é uma vez por ano que a gente faz isso, o ano inteiro a gente vai correndo e uma vez por ano a gente consegue avaliar, a gente faz o instrumento e avalia, estou fazendo agora, depois a gente vai e volta de novo para ver o que é que a gente não fez, o que pode melhorar, mas na verdade é uma vez por ano. A gente tenta, a gente quer, propõem fazer, a gente tenta fazer mais, mas não consegue.” (Kuanza)

“Olha muito pouco, muito pouco. Eu sei que eu falo que eu tinha que estar fazendo isso até retomando o que é necessário então na verdade acaba fazendo muito pouco... era muito pouco, é normal as é... não tinha muita disposição pra estar voltando então acabava se perdendo... sim, porque ai é outra falha.” (Lunda)

“Sim faz, a única coisa que falta um pouco todo esse processo a gente faz, é talvez uma questão de avaliar e retornar você entendeu? Então num próximo a gente poderia voltar e avaliar o que a gente combinou outras coisas que a gente entendeu, mudou alguma coisa a

gente não faz, a gente esquece-se de fazer a avaliação pra ver se foi efetivo ou não se tem que retornar e fazer de outra forma essa avaliação eu acho que falta.” (kuanza)

O acompanhamento permanente permite que se vá mudando a configuração das atividades de modo que as ações e estratégias se adaptem as necessidades dos trabalhadores. Segundo Barbosa, Ferreira e Barbosa (2012) o ciclo de ação-reflexão-ação possibilita a reflexão e revisitação dos grupos com o intuito de revelar novos caminhos de atuação na busca pela mudança na prática.

Os espaços coletivos de EPS devem propiciar a integração de atores e a ampliação da autonomia a partir de rodas de discussão para a problematização da realidade do trabalho (SILVA; OGATA; MACHADO, 2007).

Na percepção das enfermeiras sobre as rodas de discussão, a fala que mais se repete diz respeito aos espaços como momentos de encontro onde há a oportunidade de apontar os problemas, nós críticos e onde se podemreconstruir soluções em conjunto. Os seguintes excertos ilustram esta conjuntura:

“Porque faz o profissional refletir a prática, quando ele tem um espaço legítimo onde ele pode sentar e ver as suas dificuldades, ver as suas potencialidades e discutir sobre,não onde vem de cima pra baixo, onde tem um saber na relação mas onde a gente está ali pra discutir as coisas automaticamente ele cria autonomia, automaticamente ele consegue fazer melhor o seu trabalho, buscar respostas pra suas dificuldades se sente seguro dentro da equipe.”(Cunene)

“Primeiro assim, a gente deixa um espaço para eu acho que eles percebem que esse é um espaço para se discutir para sentar então isso diminui a ansiedade, diminui as dúvidas, ele se sente mais acolhido, eu acho que esse espaço ele dá mais tranquilidade, tendo um espaço porque ele sabe ah uma situação ele vai ter ajuda pra resolver aquilo ele não vai estar sozinho ele se sente apoiado, então é mais por esse caminho mesmo, acolhendo o funcionário, as suas demandas e ai a gente discute junto né, sempre não tem certo não tem errado vamos conversar, vamos chegar na melhor maneira.” (Namibe)

“A gente tem feito rodas de conversa, é uma estratégia que a gente vê que, sendo bem conduzida ela surte resultado, onde todos apresentam os... faz troca de saberes né, a gente consegue levantar o entendimento de cada um sobre um assunto e nesse momento a outra pessoa está fazendo o seu entendimento, então é as rodas de conversa com trocas.” (Bengo)

O objetivo das rodas de discussão é que todos os participantes possam influir e dialogar livremente a fim de provocar movimento. A interação conjunta permite vários olhares sobre um mesmo problema e a análise sob diferentes faces para, a partir daí, construir estratégias de transformação.

Ainda, segundo Stroschein e Zocche (2012), os profissionais de saúde reconhecem os espaços coletivos como espaços de aprendizagem, de formação pessoal e acadêmica utilizando a metodologia de problematização como base e navegando pelo antes, durante e após, de forma a somar conhecimento e resolver os problemas.

Todo este conhecimento se fortifica na pedagogia libertadora e problematizadora de Paulo Freire, que vê a educação como um aprofundamento da consciência com reflexão crítica. Afirma que o campo específico da educação como ela é se transforma com a troca de conhecimentos e experiências e, resulta em educação para o mundo e do mundo para educação, numa possibilidade de transformação deste mundo por meio de uma ação consciente: se constrói um novo entendimento a partir da realidade como objeto de reflexão (FREIRE, 1987).

Uma das propostas da EPS é a democratização dos espaços de trabalho que devem advir de modo descentralizado, ascendente e transdisciplinar, ou seja, independente do local e congrega vários saberes. Segundo o relato das participantes deste estudo o caminho que se segue está de acordo com o esperado.

Cada problema a gente levanta junto, não é só o enfermeiro, só o médico todo mundo levanta junto e as soluções para esse problema, se tem esse problema, quais são os caminhos para enfrentar esses problemas, a equipe, eu não faço nada sozinha dependendo da equipe (Luanda).

“Na verdade a gente traz um problema, um tema né, é pode ser com plano de cuidado de uma família né e a gente problematiza né, joga assim o que é que a gente tem de recurso, o que é que a gente precisa buscar né, o que é que falta de conhecimento, o que falta de reflexão, o que é que falta de às vezes do nosso olhar mesmo para construir o saber né, então é mais na problematização, algumas vezes a gente traz né, nós da , os alunos trazem alguns textos para ajudar nessa discussão, algumas vezes trazem questionários jogam essas perguntas para que, para colher as respostas, é usado muito aqueles papéis craft né que a gente vai colocando lá, vai jogando todas as brainstorming jogando todas as idéias”.(Malange)

Propostas isoladas e de cima para baixo não são suficientes para provocar mudanças. Pereira et al. (2009) propõe as redes de pacto, as rodas de conversas e aprenderes assim como o rearranjo de poderes e saberes como formas de contornar o trabalho em saúde. Isso remete a Ceccim e Feuerwerker (2004, p. 59), que apontam: “todos os que entram na roda têm poderes iguais sobre o território de que falam”.

5.2.3 Ações desenvolvidas em relação à EPS

O ponto de apoio da EPS é referido como a reflexão das práticas de atenção e com isso há possibilidade de mudanças na sua estrutura, nas relações, nos processos, nos atos em saúde e nos atores (CAROTTA; KAWAMURA; SALAZAR, 2012). Algumas mudanças já podem ser verificadas no cotidiano de trabalho, conforme as declarações dos depoentes:

“Eu acho que as mudanças assim é... principalmente eu falo o trabalho em equipe que foi mais o que a gente focou né o trabalho da equipe, a gente conseguiu fortalecer a equipe né fortalecer, criar vínculo porque a equipe mesmo era um vamos falar assim um querendo matar o outro então a gente conseguiu ver isso, conseguiu construir isso junto, conseguimos mostrar que isso é importante para o trabalho do dia dia.” (Luanda)

“A principal mudança é de comportamento né, é um comportamento mais é afetivo com os usuários, mais empático, mais paciência, mais resiliência, é, respeito entre a própria equipe, né, isso torna o processo de trabalho mais é fácil e vai repercutir pro usuário [...] e com ela vem tudo aquilo que a gente pode fazer como profissional então melhora a nossa assistência, melhora as nossas orientações, melhora basicamente o atendimento como um todo.” (Kuando)

Avaliando o relato das participantes, a fala que mais se repete refere-se ao espaço propiciado para encontro da equipe e possibilidade de falar sobre os problemas, nós críticos, e construir soluções coletivamente. Esta é a comprovação de que no ato da assistência as relações melhoram a partir da responsabilização de cada ator envolvido.

Estudo realizado a partir de uma revisão integrativa objetivou analisar seis experiências de EPS nos serviços de saúde no Brasil a partir da PNEPS. Os achados apontaram que na medida em que os processos educativos se incorporam no cotidiano de trabalho tornam o aprendizado significativo e através da troca de saberes entre os membros da própria equipe, as mudanças pessoais e coletivas acontecem, envolvendo o respeito pelos saberes do outro, o respeito pela diversidade de ideias e a construção de ferramentas que mudem a realidade (STROSCHEIN; ZOCHE, 2011).

É de realçar que a maioria dos sujeitos se refere à resolução efetiva dos problemas, dando a impressão que as práticas educativas já caminharam até certo ponto ou que de certa forma elas têm surtido efeito, porém, ainda é tímido

o diálogo aberto sobre problemas pontuais que foram realmente resolvidos e que envolvam todos os participantes.

Também através dos depoimentos se percebe o distanciamento e a falta de articulação entre a equipe de saúde e a população, no planejamento e construção de estratégias para as ações de saúde, conforme o relato a seguir:

“Eu vejo mudar às vezes comportamento frente a situações de relacionamento, perante a forma de atender o usuário a questão de se colocar no lugar do outro tanto com o seu colega de trabalho quanto o usuário que você vai atender, a preocupação com a qualidade do serviço que você está prestando, do atendimento que você está dando ao usuário e também do apoio que você está dando a sua equipe, então eu percebo a diferença nisso sim”. (Huambo)

“A principal mudança é de comportamento, é um comportamento mais é afetivo com os usuários, mais empático, mais paciência, mais resiliência, respeito entre a própria equipe, isso torna o processo de trabalho mais fácil e vai repercutir para usuário, isso é o principal acho que a mudança de comportamento é o principal e com ela vem tudo aquilo que a gente pode fazer como profissional então melhora a nossa assistência, melhora as nossas orientações, melhora basicamente o atendimento como um todo”. (Kuando)

Aqui os profissionais têm o usuário como uma entidade a quem somente se deve prestar o cuidado e não com quem se deve construir junto. Deve-se ter atenção ao fato de que dentre tantas potencialidades dessa estratégia uma delas é o fortalecimento do controle social, não obstante o discurso, em nenhum momento os enfermeiros fazem referência a integração da gestão e do usuário. Esta observação nos reporta a Ceccim e Feuerwerker (2004), que apontam como essencial a articulação de todos os atores do quadrilátero da formação para a área da saúde: a atenção, o ensino, a gestão e o controle social. Sousa e Hamann (2009) citam Maria Cecília Donnangelo (1979): “a reforma se fará com a população ou não se fará”.

O trecho acima nos faz lembrar que ao eleger a EPS como política de governo, os profissionais devem desvelar a importância da participação popular, realizada por indivíduos predispostos a aprender e a exercitar práticas cuidadoras comprometidas com a integralidade do cuidado.

As experiências vivenciadas e relatadas pelos participantes desta pesquisa corroboram com a afirmação de que a EPS apresenta-se como uma estratégia potente para a transformação da prática no âmbito da ESF, entretanto muitas são as dificuldades para sua implementação.

6 Considerações Finais

Após análise e discussão dos resultados, pode-se afirmar que quem responde a pergunta de pesquisa sobre EPS são majoritariamente mulheres, enfermeiras, jovens com 10 anos de formação, que estão a pelo menos 8 anos na ESF hoje e são privilegiadas porque todas tem uma formação na área de SF em relação a pós graduação, com isso podemos dizer que temos a nata ou a elite de trabalhadores na ESF. Quando relacionamos isso à pergunta de pesquisa e com base nas respostas fica claro que eles não reconhecem a EPS como um instrumento do seu processo de trabalho, também não conhecem o que realmente é EPS. Com isso fazemos a seguinte pergunta: como isso é possível uma vez que são tão bem formadas e tão bem preparadas para atuar na ESF?

Falta mesmo inserir este tipo de formação ou de inscrição ou ainda o manejo do ensino da EPS na formação tanto na graduação quanto na especialização, instrumentalizando o enfermeiro para fazer processos educativos.

A EPS deve ser abordada como inerente às ações de enfermagem, principalmente com a utilização de pedagogias ativas. Percebe-se que alguns eixos de organização são ignorados, especialmente no que tange à avaliação das práticas educativas.

Sentar e discutir os problemas sem um norte ou sem direcionalidade técnica está presente no cotidiano das enfermeiras que atuam na ESF e isso não é EPS, pode-se confundir com gestão participativa pela falta bagagem técnica ou tecnológica para fazer EPS, a EPS está mais para um instrumento gerencial do que para um instrumento de formação.

Isto foi reportado pelos entrevistados em diversas em diversos trechos em que descrevem as suas atividades do cotidiano apesar de existir uma divergência em vários momentos entre o discurso e a prática, uma vez que, o que se diz ser importante e necessário é realizado em segundo plano e com resquícios da conformação de uma educação tradicional.

A EPS voltada para o processo de trabalho tem papel imprescindível, contribuindo para a atualização e revisão deste processo numa perspectiva de

ação-reflexão-ação dialógica e conscientizadora das formas de atuar em saúde que possibilite uma prática emancipatória, na perspectiva do empoderamento dos atores.

Recomenda-se que a abordagem participativa seja amplamente empregada, considerando-se que a mesma também envolve o usuário como agente de mudança. Essa articulação com os demais segmentos que participam da assistência em saúde, ou seja, trabalhadores, gestores e formadores, possibilita a problematização com consequente busca de alternativas de mediação mais reais e, conseqüentemente, mais efetivas indo ao encontro da proposta de EPS.

Os resultados desta pesquisa mostram que os enfermeiros da ESF consideram a EPS como momentos importantes para a equipe, com possibilidade de problematização e proposições de soluções conjuntas. Entretanto, apontam dificuldades inerentes à função do enfermeiro na ESF quando relatam as inúmeras atividades que o mesmo tem que exercer em detrimento das ações educativas.

Os relatos destacam a importância da EPS, mas também uma série de dificuldades em realizar as ações no cotidiano da prática profissional, entre elas a incumbência de gerir a unidade de saúde como entrave ao desempenho satisfatório de suas atribuições, incluindo a de facilitadora de processos educativos. Fica nítida a necessidade de discutir estratégias para que a EPS seja incorporada no processo de trabalho da equipe. Essa discussão não pode limitar-se ao espaço da atenção primária em saúde, mas precisa ser abordada no âmbito dos centros formadores, das universidades e órgãos de formulações de políticas de saúde.

Os resultados apontam a necessidade de aprofundar a investigação sobre a EPS e as conseqüências para a qualidade do cuidado aos usuários em direção à transformação das práticas de saúde.

7 Referências

ALMEIDA, L. P. V. G; FERRAZ, C. A. Políticas de formação de recursos humanos em saúde e enfermagem. **Rev Bras Enferm**, v.61, n.1, Brasília, jan-fev, 2008. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003471672008000100005&script=sci_arttext>. Acesso em: 16 abr. 2012.

ALMEIDA, M. C. P. Processo e Divisão do trabalho na enfermagem. In: ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA S. M. M.(org.) **O trabalho de enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997.p. 19-26.

ALMEIDA, M. C. P; MISHIMA, S. M. O desafio do trabalho em equipe na atenção à Saúde da Família: construindo “novas autonomias” no trabalho. **Interface - Comunic, Saúde, Educ** agost, 2001. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/icse/v5n9/12.pdf>>. Acesso em: 12 set. 2012.

BARATIERI, T; MARCON, S. S. Longitudinalidade do cuidado: compreensão dos enfermeiros que atuam na estratégia saúde da família. **Esc. Anna Nery**, v.15, n.4, Rio de Janeiro, oct./dec, 2011. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S14148145201100040020>. Acesso em: 16 abr. 2012.

BARBOSA V. B. A; FERREIRA M. L. S. M; BARBOSA P. M. K. Educação permanente em saúde: uma estratégia para a formação dos agentes comunitários de saúde. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre (RS) 2012 mar; 33(1):56-63. Disponível em:
<<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/21007/16999>>. Acesso em: 27 out. 2012.

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

BRASIL. Lei nº 10.507 de 10 de julho de 2002. Cria a profissão e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 10 jul. 2002. Disponível em:
<https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/l10507.htm>. Acesso em: 15 set. 2012.

BRASIL. **Recursos humanos na atenção básica, estratégias de qualificação e pólos de educação permanente no Estado de São Paulo.** – São Paulo: Centro de Estudos de Cultura Contemporânea: Consórcio Medicina USP, 2008. – (Cadernos de Atenção Básica: estudos avaliativos; 4). Disponível em: <http://www.fm.usp.br/gdc/docs/preventiva_2_ALUIZA-03-2008.pdf>. Acesso em: 15 set. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Departamento de Gestão da Educação na Saúde.** Curso de Fortalecimento da Atenção Básica: reorganizando as práticas de Gestão e Atenção em Saúde. Secretaria Municipal de Saúde de São Carlos/Fundo Municipal de Saúde de São Carlos, fev-set. 2009.

BRASIL. **Constituição Federal - texto promulgado em 1988.** Brasília, 2010. 47p. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/legislacao/const/con1988/CON1988_05.10.1988/CO N1988.pdf>. Acesso em: 10 set. 2012.

_____. Departamento de Informática do SUS – DATASUS. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.** Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br/>> Acesso em: 30 agost. 2012.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Dados do Censo 2010 publicados no Diário Oficial da União do dia 04/11/2010.** Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/dados_divulgados/index.php?uf=35>. Acesso em: 30 agost. 2012.

_____. Ministério da Saúde. ABC do SUS: doutrinas e princípios. Brasília (DF): MS. 1990.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.** Brasília, Ministério da Saúde, 2009. 64 p. Série B. Textos Básicos de Saúde. Série Pactos pela Saúde 2006; v.9. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude.pdf>. Acesso em: 16 abr. 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Departamento de Gestão da Educação na Saúde.** Curso de Fortalecimento da Atenção Básica: reorganizando as práticas de Gestão e Atenção em Saúde. Secretaria Municipal de Saúde de São Carlos/Fundo Municipal de Saúde de São Carlos, 2007c. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizaus_atencao_basica.pdf>. Acesso em: 16 abr. 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 1996. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/index.html>. Acesso em: 16 abr. 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 1996/GM/MS, de 20 de agosto de 2007**. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Brasília: MS, 2007a. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria_N_1996_GMMS.pdf>. Acesso em: 16 abr. 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Série Pactos pela Saúde 2006, v.4. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf>. Acesso em: 17 set. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Participativa. **Saúde da Família: panorama, avaliação e desafios** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Participativa. – Brasília: Ministério da saúde, 2005. 14p. Disponível em: <<http://sna.saude.gov.br/download/Saude%20da%20familia%20Panorama%20Avaliacao%20e%20Desafios.pdf>>. Acesso em: 16 abr. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Coordenação de Saúde da Comunidade**. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília. Ministério da Saúde, 1997. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf>. Acesso em: 16 abr. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica. – 4. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2007.68 p. – (Série E. Legislação de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 4). Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/pactos/pactos_vol4.pdf>. Acesso em: 16 abr. 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria 648, de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 2006. Disponível em:

<<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm>>. Acesso em: 16 abr. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Cadernos RH Saúde**. Vol. 3, n. 1 (mar. 2006) -. Brasília: Ministério da Saúde, p.188, 2006. Disponível em:

<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_rh.pdf>. Acesso em: 16 abr. 2012.

CAMPOS, G. W. S; AMARAL, M. A; A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.12, n.4, p.849-859, 2007. Disponível em:

<<http://www.scielo.org/pdf/csc/v12n4/04.pdf>>. Acesso em: 13 mar. 2012.

CAROTTA, F; KAWAMURA, D; SALAZAR, J. Educação permanente em saúde: uma estratégia de gestão para pensar, refletir e construir práticas educativas e processos de trabalhos. **Saúde Soc.**, São Paulo, 2012. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01041290200900050008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 23 out. 2012.

CECCIM, R. B; ARMANI, T. B; ROCHA, C.F. O que dizem a legislação e o controle social em saúde sobre a formação de recursos humanos e o papel dos gestores públicos, no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.7, n.2, p.373 – 383, 2002. Disponível em:

<<http://www.scielo.org/pdf/csc/v7n2/10255.pdf>>. Acesso em: 19 set. 2011.

CECCIM, R. B; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v.14, n.2, p. 41-65, jun 2004. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/physis/v14n1/v14n1a04.pdf>>. Acesso em: 24 set. 2012.

CECCIM, R.B. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.10, n.4, 2005. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232005000400020>. Acesso em: 22 out. 2011.

CECCIM R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface-Comunic, Saúde, Educ.** v.9, n.16, p.161-168, 2005.

Disponível em:

<<http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/textos%20eps/educacaoopermanente.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2011.

CERVO, A L; BERVIAN, P. A. **Metodologiacientífica**. 4ª ed. São Paulo: Makron Books, 1996.

CORDEIRO H. Os desafios do ensino das profissões de saúde frente às mudanças do modelo assistencial: contribuições para além dos Pólos de Capacitação. **Ensaio: Avaliação de Políticas Públicas na Educação**, p.10, 2002. Disponível em:

<<http://educa.fcc.org.br/pdf/ensaio/v10n34/v10n34a04.pdf>>. Acesso em: 19 set. 2011.

CORDEIRO, H. et al. Avaliação de competências de médicos e enfermeiros das Equipes de Saúde da Família da Região Norte do Brasil. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01037331200900030008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 set. 2012.

CHIZZOTI, A. **Pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais**. Petrópolis: Vozes, p.28, 2008.

DAL POZ, M.R.; VIANA, M.L.D. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o programa de saúde da família. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, vol. 8, n.2, p. 11-48, dez. 1998. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01037331199800020002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 17 set.2012.

DRIESSNACK, M. et al. Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem: Parte 2: desenhos de pesquisa qualitativa. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.15, n.4, julho-agosto, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n4/pt_v15n4a25.pdf>. Acesso em: 16 abr. 2012.

ERMEL, R. C; FRACOLLI, L. A. O trabalho das enfermeiras no Programa de Saúde da Família em Marília/SP. **Rev Esc Enferm USP**, v.4, n.40, p.533-9, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n4/v40n4a11.pdf>>. Acesso em: 16 abr. 2012.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.15, n.2, p.345-353, abr/jun, 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v15n2/0319.pdf>>. Acesso em: 13 ago. 2011.

FRANCO, T. B. Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do sistema de saúde no Brasil. **Interface-Comunic, Saúde, Educ.**v.11, n.23. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v11n23/a03v1123.pdf>>. Acesso em: 13 ago. 2011.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 29 ed. São Paulo (SP): Paz e Terra; 2000.

FREIRE, P. **Conscientização: teoria e prática da libertação**. Rio de Janeiro: Paz e Terra,1980.

FUNDAÇÃO SEADE. Disponível em: <<http://www.seade.gov.br>>. Acesso em: 30 ago. 2012.

FORTUNA, C. M. et al. Movimentos da educação permanente em saúde, desencadeados a partir da formação de facilitadores. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 19, n.2, [10 telas], abr 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n2/pt_25.pdf>. Acesso em: 05 ago. 2011.

GIL, C. R. R. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. **Cadernos Saúde Pública**,v.21, p.490-8. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v21n2/15.pdf>>. Acesso em: 17 marc. 2012.

GIOVANELLA, L. Atenção Primária à Saúde seletiva ou abrangente? **Cadernos Saúde Pública**, v.24 sup1, p.21-23, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s1/05.pdf>>. Acesso em: 17 set.2012.

GOMES, K. O. et al. Atenção Primária à Saúde a "menina dos olhos" do SUS: sobre as representações sociais dos protagonistas do Sistema Único de Saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, (Supl1): v.16, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232011000700020>. Acesso em: 09 fev. 2012.

GONZÁLEZ, A. D; ALMEIDA, M. J. Movimentos de mudança na formação em saúde: da medicina comunitária às diretrizes curriculares. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.20 n.2 p.551-570, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v20n2/a12v20n2.pdf>>. Acesso em: 09 fev. 2012.

LIMA, M. A. D. S; ALMEIDA, M. C. P. O trabalho de enfermagem na produção de cuidados de saúde no modelo clínico. **Rev. Gaúcha Enferm**, v.20, p.86-91, 1999. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4291>>. Acesso em: 10 març. 2012.

LINARD, A. G. et al. Princípios do sistema único de saúde: compreensão dos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família. **Rev. Gaúcha Enferm**, v.32, n.1, Porto Alegre, mar, 2011. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/12333>>. Acesso em: 16 abr. 2012.

LUNARDI F. W. D. O mito da subalternidade do trabalho do enfermeiro à medicina. 1998. Tese. Florianópolis: UFSC, Programa Pós-Graduação em Enfermagem.

MACHADO, M. H. A Participação da Mulher no Setor Saúde no Brasil — 1970/80. **Cadernos Saúde Pública**, R.J. v.2,n.4,p.449-465, out/dez, 1986 Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v2n4/v2n4a05.pdf>>. Acesso em: 24 set. 2011.

MARX, K. **O Capital**. 20. ed. Tradução Reginaldo Santianna. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2005.

MARQUI, A.B. T. et al. Caracterização das equipes da Saúde da Família e de seu processo de trabalho. **Rev. esc. Enferm. USP**, São Paulo, v.44, n.4, dec. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S00806234201000040014&lang=pt>. Acesso em 12 nov. 2011.

MATTA, G. C. Políticas de Saúde: organização e operacionalização do sistema único de saúde. / Organizado por Gustavo Corrêa Matta e Ana Lúcia de Moura Pontes. Rio de Janeiro: **EPSJV / Fiocruz**, 2007. Disponível em: <http://www.retsus.fiocruz.br/upload/publicacoes/pdtsp_3.pdf>. Acesso em 17 set.2012.

MATUMOTO, S. et al. A prática clínica do enfermeiro na atenção básica: um processo em construção. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 19, n.1, [8 telas], jan/fev 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/pt_17.pdf>. Acesso em 25 nov. 2011.

MEDEIROS, A. C. et al. Gestão participativa na educação permanente em saúde: o olhar das enfermeiras. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v.63, n.1, p.38-48, jan/fev 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672010000100007>. Acesso em: 24 set. 2011.

MENDES-GONSALVES, R. B. **Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades**. São Paulo: CEFOR; 1992. Disponível em: <http://www.renastonline.org/old/attachments/740_61303995-Ricardo-Bruno-Mendes-Goncalves-Praticas-de-Saude-Processos-de-Trabalho-e-Necessidades.pdf>. Acesso em: 10 marc. 2012.

MENDES, E.V. **Uma agenda para a Saúde**. São Paulo: Hucitec; 1996.

MELLIN, A. S. et al. **Enfermagem e Serviços de Saúde: Ensino, Avaliação Processo e Processo de trabalho**. São Paulo. Andreoli, 2010. p. 157.

MERHY E. E. **Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde**. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Editora Hucitec; 1997. p. 71-112.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 9. ed. São Paulo: Hucitec, 2006. 57p.

MISHIMA, S. M. et al. **Trabalhadores de saúde: problema ou possibilidade de reformulação do trabalho em saúde?** – alguns aspectos do trabalho em saúde e da relação gestor/trabalhador. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: Estudos e Análises*. Brasília: MS, 2003. p. 137-156. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_rh.pdf>. Acesso em 25 nov. 2011.

MONTANHA D; PEDUZZI, M. Educação Permanente em Enfermagem: levantamento das necessidades e resultados esperados segundo a concepção

dos trabalhadores. **Rev Esc Enferm USP**, v.44, n.3, p.597-604, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n3/07.pdf>>. Acesso em 25 nov. 2011.

NEVES, E. T; CABRAL, I. E. Empoderamento da mulher cuidadora de crianças com necessidades especiais de saúde. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.17, n.3, p.552-60, Jul./Set. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n3/a17v17n3.pdf>>. Acesso em: 09 nov. 2012.

NICOLETTO, S. C. S. et al. Polos de Educação Permanente em Saúde: uma análise da vivência dos atores sociais no norte do Paraná. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 13, n. 30, p. 209-219, jul./set. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000300017>. Acesso em: 09 nov. 2012.

OLIVEIRA, E. M; SPIRI, W. C. Programa Saúde da Família: a experiência de equipe multiprofissional. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.40, n.4, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40n4/25.pdf>>. Acesso em: 01 mar. 2012.

PAIM, J. S. Educación Médica en la década de 1990: el optimismo no basta. **Educ. Méd. Salud**, v.25, n.1, p.48-57, 1991.

PAIN, J. S; FILHO, N. de A. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? **Rev. Saúde Pública**, v.32, n.4, p.299-316, jun. 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v32n4/a2593.pdf>. Acesso em 28 dez. 2012.

PAIM, J. S. Saúde da Família: espaço de reflexão e de contra-hegemonia. **Interface (Botucatu)** [online]. 2001, vol.5, n.9, pp. 143-146. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832001000200010>>. Acesso em: 17 set. 2012.

PASCHOAL, A. S.; MANTOVANI, M. F.; MÉIER, M. J. Percepção da educação permanente, continuada e em serviço para enfermeiros de um hospital de ensino. **Rev Esc Enferm USP**, v. 41, n.3, p.478-84, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n3/19.pdf>>. Acesso em: 17 nov. 2010.

PEDUZZI, M. Equipe Multiprofissional de Saúde: a interface entre trabalho e interação, 1998. Tese de Doutorado, Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. Disponível em: <<http://157.86.173.10/beb/textocompleto/003744>> Acesso em: 06 set.2012.

PEDUZZI, M. et al. Atividades educativas de trabalhadores na atenção primária: concepções de educação permanente e de educação continuada em saúde presentes no cotidiano de Unidades Básicas de Saúde em São Paulo. **Interface-Comunic, Saúde, Educ.** v. 13, n. 30, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v13n30/v13n30a11.pdf>>. Acesso em: 17 out.2010.

POLIT, D. F; BECK, C. T HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2004.

PEREIRA, M. J. B. et al. A enfermagem no Brasil no contexto da força de trabalho em saúde: perfil e legislação. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília, v. 62, n. 5, Oct. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S00347167200900050022>. Acesso em: 15 Oct. 2012.

QUEIROS, A. A. L. de; LIMA, L. P. A institucionalização do trabalho do agente comunitário de saúde. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, out. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S19817746201200020005&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em 15 set. 2012.

RICALDONI, C. A. C; SENA, R.R. de. Educação permanente: uma ferramenta para pensar e agir no trabalho de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 6, dez, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01041169200600060002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 Out. 2012.

ROCHA, S.M. M; ALMEIDA, M.C.P.de. O processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva e a interdisciplinaridade. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 6, p. 96-101, dezembro, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v8n6/12354.pdf>. Acesso em: 09 nov. 2012.

RODRIGUES, A. C. S. VIEIRA, G. L. C. TORRES, H. C. A proposta de educação permanente em saúde na atualização da equipe de saúde em diabetes mellitus. **Rev. Esc Enferm. USP**, v.44, n.2, p.531-7, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n2/41.pdf>>. Acesso em: 09 nov. 2012.

SÁ E.T. et al.O processo de trabalho na recepção de uma unidade básica de saúde: ótica do trabalhador. **Rev.Gaucha Enferm**, Porto Alegre (RS), v.30, n.3, p.461-7, set, 2009. Disponível em:

<<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/8690>>. Acesso em: 11 fev.2011.

SILVA, A. M. da; PEDUZZI, M. O trabalho de enfermagem em laboratórios de análises clínicas. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.13, n.1, Fev. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010411692005000100011&script=sci_arttext>. Acesso em: 10 set.2012.

SILVA, J. A. M.; OGATA, M. N.; MACHADO, M. L. T. Capacitação dos trabalhadores de saúde na atenção básica: impactos e perspectivas. **Rev. Eletrônica Enferm**, v.9, n.2, p.389-401, 2007. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/pdf/v9n2a08.pdf>>. Acesso em: 01 mar. 2012.

SILVA, T. A. M. ; FRACOLLI, L. A. ; CHIESA, A. M. Trajetória profissional na Estratégia Saúde da Família: em foco a contribuição dos cursos de especialização. **Rev. Latino Am de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.19, n.1, [08 telas], jan/fev 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/pt_20.pdf>. Acesso em: 22 mar. 2012.

SOUSA, M. F.; HAMANN, E. M. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? **Ciência e saúde coletiva**, v.14, suppl.1, p. 1325-35, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S14138123200900080002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 Oct. 2012.

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

STROSCHEIN, K. A.; ZOCHE, D. A. A. Educação Permanente nos serviços de saúde: um estudo sobre as experiências realizadas no Brasil. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9 n. 3, p. 505-519, nov.2011/fev.2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tes/v9n3/v9n3a09.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2012.

TOMASI, E. et al. Perfil sócio-demográfico e epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol.24, (Supl.1): 2008. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001300023>. Acesso em: 16 abr. 2012.

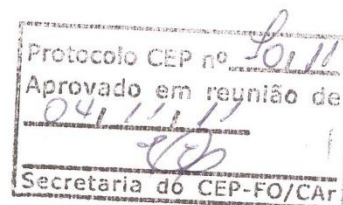
TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas de saúde e humanas.** 4 ed. Petrópolis: Vozes, 2010. p 296/357.

VILLAS BÔAS, L. M de F. M.; ARAÚJO, M. B. de S.; TIMÓTEO, R. P. de S. A prática gerencial do enfermeiro no PSF na perspectiva da sua ação pedagógica educativa: uma breve reflexão. **Ciênc. saúde coletiva** v.13 n.4 Rio de Janeiro jul./ago. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S14131232008000400033>. Acesso em: 09 nov. 2012.

XIMENES NETO, F. R. G. et al. Necessidades de competências do enfermeiro na saúde da família no Ceará. **Enferm. glob. Murcia** n.17, out, 2009. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S169561412009000300009&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 8 fev. 2012.

Apêndices

Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, RG: _____, fui convidado(a), a participar da pesquisa “**Dimensão educativa do trabalho do enfermeiro na atenção básica em saúde: concepções e práticas**”, de responsabilidade da Profª Drª Márcia Niituma Ogata do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos – UFSCAR, e fui esclarecida(o) que:

- Os objetivos do estudo consistem em: analisar a dimensão educativa do enfermeiro na Atenção Básica, analisando também os processos desencadeados a partir de sua participação em ações envolvendo educação permanente em saúde, além de analisar suas representações sociais acerca de educação e educação permanente e a sua inserção nos processos de educação que ocorrem na Atenção Básica. Objetiva ainda identificar as fortalezas, fragilidades e perspectivas no desenvolvimento da dimensão educativa do trabalho do enfermeiro na Atenção Básica.

- Não haverá benefícios imediatos de minha participação, mas os resultados da pesquisa pretende contribuir com subsídios para novas propostas dos Colegiados de Gestão Regional desta direção de saúde e auxiliar na construção de futuras propostas de formação e desenvolvimento dos trabalhadores, com repercussões para outras regiões do estado de São Paulo. Os resultados da pesquisa poderão ainda contribuir para o fortalecimento do papel de educador do enfermeiro na Atenção Primária na relação com os demais atores que constituem esse campo de prática em saúde. Para o Sistema Único de Saúde a pesquisa pretende trazer elementos relativos à implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Os resultados contribuirão para aumentar o repertório de conhecimentos sobre a educação permanente, qualificando-a através da socialização de estratégias facilitadoras ou potencializando-a através da divulgação e proposição de alternativas às dificuldades vivenciadas.

- Fui selecionada(o) porque estou inserido em uma equipe de atenção básica em saúde que atua em um município componente do Colegiado de Gestão Coração, da Direção Regional de Saúde III, porém minha participação não é obrigatória.

- Minha forma de participação consiste em participar de uma entrevista cujo tema central será a Educação Permanente em Saúde que ocorre no âmbito da equipe onde atuo. As entrevistas serão realizadas no seu município, na unidade de saúde ou em outro local que lhe for conveniente, de acordo com sua disponibilidade. A(s) entrevista(s) será gravada, entretanto, meu nome não será divulgado em qualquer fase da pesquisa.

- Não será cobrado nada; não terei gastos referentes à minha participação nesse estudo; não estão previstos ressarcimentos ou indenizações. Os riscos relativos à minha participação na pesquisa serão mínimos, caracterizados pela possibilidade de cansaço físico durante a realização da entrevista. Para tanto, será oferecido garantia de que a mesma poderá ser interrompida a qualquer momento, caso essa possibilidade se concretize. Ressalta-se novamente que se garante o anonimato dos participantes.

- A pesquisadora principal é professora associada do Depto de Enfermagem da UFSCar, docente do Programa de Pós Graduação em Enfermagem, cuja responsabilidade consiste em orientar a pesquisa, acompanhando todo o seu desenvolvimento.

- Durante a realização da pesquisa poderei solicitar quaisquer esclarecimentos que julgar necessário acerca dos procedimentos adotados, visando eliminar dúvidas que porventura venham a surgir sobre minha participação na mesma.

- Minha participação é voluntária e que poderei recusar-me ou retirar meu consentimento, ou ainda descontinuar minha participação, se assim o preferir, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma ou prejuízos em sua relação com as Instituições envolvidas no estudo. Ressalto ainda que minha possível recusa não implicará em prejuízos de qualquer ordem em minha relação com o pesquisador ou com a Instituição.

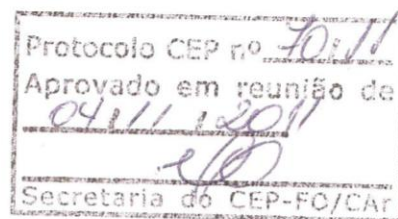
- As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais sendo assegurado sigilo sobre minha participação. Meu nome não será divulgado em qualquer fase da pesquisa, o que garante meu anonimato, e a divulgação dos resultados será feita de forma a não identificar os sujeitos e/ou os serviços de saúde envolvidos.

- Ficarei com uma cópia deste Termo e toda a dúvida que tiver a respeito desta pesquisa e minha participação, agora ou a qualquer momento, entrarei em contato com Profª Drª Márcia Niituma Ogata, pelo telefone (16) 3351-9441 ou para o Comitê de Ética em Pesquisa pelo telefone (16) 3301-6432 ou 3301-6434.

Sendo assim, consinto de livre e espontânea vontade minha participação nesta pesquisa.

Profª Drª Márcia Niituma Ogata
Pesquisadora responsável

Sujeito da pesquisa



Apêndice B – Instrumento de Coleta de Dados

Identificação

1. Nome:

2. Sexo M () F ()

3. Data de Nascimento: ____/____/____

4. Tempo de formação: _____ Instituição:

5. Pós Graduação. Qual: _____
Instituição: _____

6. Atuação no serviço público: Tempo: _____

7. Atuação na Estratégia Saúde da Família/Unidade Básica de Saúde:
Tempo: _____

8. Unidade de Saúde
Atual: _____

9. Tipo de
Contratação: _____

Temas específicos

1. Você participa ou frequenta algum espaço que discute Educação Permanente em Saúde?

2. Sim (...) Não (...)

3. Onde? _____

4. Você já fez ou participou de algum processo de formação em Educação Permanente em Saúde?

(...) Nunca (...) uma vez (...) duas vezes (...) três ou mais vezes

5. Qual foi a duração do maior curso em EPS? _____

6. Há quanto tempo? _____

7. Você realiza atividade de Educação Permanente em Saúde com a equipe de enfermagem?

() Sim () Não



Anexos

ANEXO A - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA "JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE ARARAQUARA

Comitê de Ética em Pesquisa

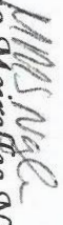
Certificado

Certificamos que o projeto de pesquisa intitulado **"DIMENSÃO EDUCATIVA DO TRABALHO DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE: CONCEPÇÕES E PRÁTICAS"** sob o protocolo nº 70/11, de responsabilidade do Pesquisador (a) **MARCIA NITTUMA OGATA** está de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS, de 10/10/96, tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa-FOAr, com validade de 01 (um) ano, quando será avaliado o relatório final da pesquisa.

Certify that the research project titled **"EDUCATIONAL DIMENSION OF NURSE ROLE IN HEALTH PRIMARY CARE : CONCEPTIONS AND PRACTICES"**, protocol number 70/11, under **DR MARCIA NITTUMA OGATA** responsibility, is under the terms of Conselho Nacional de Saúde/MS resolution # 196/96, published on May 10, 1996. This research has been approved by Research Ethic Committee, FOAr-UNESP. Approval is granted for 01 (one) year when the final review of this study will occur.

Araraquara, 04 de novembro de 2011.


Prof. Dr. Maurício Meirelles Nagle
Coordenador