

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

**YAISA FRANÇA FORMENTON**

**EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE:  
representações sociais de enfermeiros da saúde da família**

**São Carlos**

**2013**

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

**EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE:  
representações sociais de enfermeiros da saúde da família**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências Biológicas e Ciências da Saúde da Universidade Federal de São Carlos como um dos requisitos para obtenção do título de mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Márcia Niituma Ogata.

**São Carlos  
2013**

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

F725ep Formenton, Yaisa França.  
Educação permanente em saúde : representações sociais  
de enfermeiros da saúde da família / Yaisa França  
Formenton. -- São Carlos : UFSCar, 2013.  
122 f.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal de São  
Carlos, 2013.

1. Enfermagem. 2. Enfermagem em saúde pública. 3.  
Atenção primária à saúde. 4. Prática profissional. I. Título.

CDD: 610.73 (20ª)



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



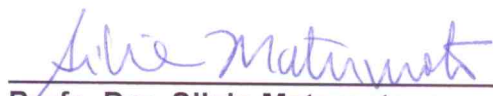
FOLHA DE APROVAÇÃO

Aluna: YAISA FRANÇA FORMENTON

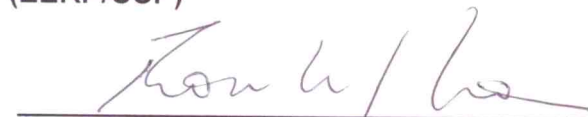
DISSERTAÇÃO DE MESTRADO DEFENDIDA E APROVADA EM 07/02/2013  
PELA COMISSÃO EXAMINADORA:



Profa. Dra. Márcia Niituma Ogata  
(Orientadora - DEnf/UFSCar)



Profa. Dra. Silvia Matumoto  
(EERP/USP)



Profa. Dra. Roseli Ferreira da Silva  
(DeMed/UFSCar)



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

**Dedico este trabalho à minha amada avó  
*Denise Matos França*, que me ensinou que a  
vida sempre vale a pena ser vivida, em sua  
plenitude!!!**

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente à *Deus* por mais esta conquista.

Ao meu querido e amado filho Felipe, por trazer sentido à minha vida e fazer os meus dias cada vez mais e mais felizes. Te amo de todo meu coração e toda minha alma!

Ao meu marido Alessandro, pelo apoio, incentivo, força, dedicação, companheirismo e amor. Não vivo sem você!

À minha mãe, por tudo que sou e conquistei e pelo apoio em todas as horas. Minha fortaleza!

À minha querida irmã, pelos momentos de cumplicidade e força, essenciais nesta caminhada!

Ao meu pai, pelo incentivo e apoio de sempre!

À Professora Dr<sup>a</sup> Márcia Ogata, pela longa parceria e amizade e por acreditar e me fazer acreditar que seria possível!

À amiga Amandinha, pela amizade sincera e cumplicidade que fizeram esta caminhada ser muito mais alegre e divertida!

À todas as Professoras do Curso de Pós Graduação pelo aprendizado que levarei para toda vida!

Às enfermeiras que participaram deste estudo pela disponibilidade e contribuição, que tornaram este trabalho possível.

Às Professoras Dr<sup>a</sup> Silvia Matumoto e Dr<sup>a</sup> Roseli Ferreira da Silva pelas ricas contribuições e aprendizado.

*“Não sei se a vida é curta ou longa para nós, mas sei que nada do que vivemos tem sentido, se não tocarmos o coração das pessoas.*

*Muitas vezes basta ser: colo que acolhe, braço que envolve, palavra que conforta, silêncio que respeita, alegria que contagia, lágrima que corre, olhar que acaricia, desejo que sacia, amor que promove.*

*E isso não é coisa de outro mundo, é o que dá sentido à vida. É o que faz com que ela não seja nem curta, nem longa demais, mas que seja intensa, verdadeira, pura enquanto durar. Feliz aquele que transfere o que sabe e aprende o que ensina.”*

*Cora Coralina*

## RESUMO

**Introdução:** Um dos principais desafios enfrentados pela Estratégia Saúde da Família para mudança do modelo de atenção é a falta de profissionais com formação adequada para atuar no SUS. A Educação Permanente em Saúde (EPS) se constitui uma ferramenta que pode levar à qualificação da atenção à saúde e à uma nova lógica no processo de trabalho em saúde. Neste contexto, a dimensão educativa do enfermeiro é reforçada, sendo relevante a identificação das Representações Sociais (RS) de educação que permeiam suas práticas educativas enquanto disparadoras de transformações ou permanências no cuidado à saúde.

**Objetivos:** compreender as RS de Educação Permanente dos enfermeiros da Saúde da Família; analisar como suas ações educativas influenciam nos processos de trabalho e identificar potencialidades e fragilidades nas ações destes enfermeiros.

**Metodologia:** pesquisa qualitativa que realizou entrevistas semi-estruturadas com 24 enfermeiros da Saúde da Família dos municípios de pequeno porte da Região Coração da DRS III Araraquara – SP. Após transcrição, os conteúdos foram analisados através da comparação das análises categorial temática e lexical pelo software ALCESTE, à luz dos referenciais da EPS, Processo de Trabalho e RS.

**Resultados:** Constituíram-se quatro categorias: 1) *Influência da Educação Permanente no processo de trabalho* em que a fragmentação e a especialidade profissional continuam sendo o foco das ações educativas; 2) *Centralidade do enfermeiro nas ações de Educação Permanente* em que esta função é vista de duas formas, um grupo reconhece que este é seu papel e outro que ela deveria ser compartilhada com a equipe; 3) *Diferentes concepções de Educação Permanente* em que a concepção de educação para atualização de conhecimentos é hegemônica, aparecendo alguns movimentos em direção à uma concepção de educação para mudança do processo de trabalho; e 4) *Dificuldades na realização das ações educativas* caracterizadas pela baixa de motivação da equipe e na falta de tempo para a realização das atividades. **Conclusão:** A RS de Educação Permanente para este grupo está ancorada na noção da educação tradicional, embora se identifique movimentos que se aproximam da lógica da EPS, que poderá levar a uma transformação da representação.

**Palavras - chaves:** Educação Profissional em Saúde Pública, Enfermagem, Atenção Primária à Saúde, Prática Profissional.



## ABSTRACT

**Introduction:** One of the main challenges faced by Family Health Strategy to change the model of care is the lack of professionals trained to this role in SUS. The Permanent Health Education is a tool that can lead to qualification in health care and a new logic in the process of health work. In this context, the educational role of nurses is strengthened, and the identification Social Representations education that permeate their educational practices aiming changes or stays in health care become relevant. **Objectives:** To Understand the Social Representation of Continuing Education of Health Family nurses; analyze how their educational action influence in work processes and identify strengths and weaknesses in the actions of these Nurses. **Methodology:** qualitative research through semi-structured interviews with nurses from the Family Health of small towns in the Heart Region of DRIII Araraquara - SP. After interviews transcription, the contents were analyzed by comparing the thematic category and lexical analysis by software ALCESTE by using the Permanent Health Education references, Work Process and Social Representations. **Results:** four categories were made: 1) Influence of Permanent Education in the work process where fragmentation and professional specialty remains the focus of educational activities; 2) The Centralization of nurses in the actions of Continuing Education in where this role have been seen in two ways, one group recognizes that this their role and others consider that it should be shared with the team; Different conceptions of Continuing Education where the education to update knowledge is hegemonic, showing some movements leading to a conception of education to change the work process, and 4) Difficulties in performing educational activities characterized by low motivation of the time and lack of time to carry out the activities. **Conclusion:** The Social Representation Continuing Education for this group is based in the notion of traditional education, although although it is possible identify some movements that approximate the logic of Permanent Health Education, which may lead to a transformation of the representation.

**Key words:** Education Public Health Professional; Nursing; Primary Health Care, Professional Practice.

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1-</b> População residente por sexo nos municípios com menos de 55 mil habitantes do CGR Coração do DRS III, no ano de 2011.....	51
<b>Quadro 2-</b> Distribuição da população residente nos municípios com menos de 55 mil hab. do CGR Coração do DRS III, por faixa etária, no ano de 2011.....	52
<b>Quadro 3-</b> Densidade demográfica dos municípios com menos de 55 mil habitantes do CGR Coração do DRS III e do estado de São Paulo, no ano de 2011.....	52
<b>Quadro 4-</b> Porcentagem da população com vínculo empregatício por setor da economia nos municípios com menos de 55 mil habitantes do CGR Coração do DRS III no ano de 2010.....	54
<b>Quadro 5-</b> IPRS e IDH nos municípios com menos de 55 mil habitantes do CGR Coração do DRS III por ano de aferição.....	55
<b>Quadro 6-</b> Nascidos vivos, óbitos e taxa de mortalidade infantil nos municípios com menos de 55 mil habitantes do CGR Coração, do DRS III, e do Estado de São Paulo – 2010.....	55
<b>Quadro 7-</b> Principais indicadores de nascimento nos municípios com menos de 55 mil habitantes do CGR Coração, no ano de 2010.....	56
<b>Quadro 8-</b> Elementos da rede assistencial dos municípios com menos de 55 mil habitantes do CGR Coração, conforme dados do CNES, relativos a abril 2012.....	57
<b>Quadro 9-</b> Quantidade de equipes de saúde da família, unidades básicas de saúde e unidades básicas com Programas de Agentes Comunitários de Saúde nos municípios com menos de 55 mil habitantes do CGR Coração, 2011.....	57
<b>Quadro 10-</b> Proporção de cobertura populacional estimada por equipes de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde nos municípios com menos de 55 mil habitantes do CGR Coração, em abril 2012.....	58
<b>Quadro 11-</b> Perfil de morbidade hospitalar e mortalidade nos municípios com menos de 55 mil habitantes do CGR Coração, por ano de aferição.....	59
<b>Quadro 12-</b> Caracterização dos sujeitos da pesquisa.....	69
<b>Quadro 13 –</b> Distribuição de u.c.e. em cada classe gerada pelo software ALCESTE após processamento do corpus .....	71

<b>Quadro 14-</b> Variáveis mais expressivas na categoria - <i>Influência da Educação Permanente no processo de trabalho</i> , a partir da análise ALCESTE.....	73
<b>Quadro 15-</b> Perfil de palavras da categoria - <i>Influência da Educação Permanente no processo de trabalho</i> , a partir da análise ALCESTE.....	74
<b>Quadro 16-</b> Variáveis mais expressivas na categoria - <i>Centralidade do enfermeiro nas ações de Educação Permanente</i> , análise ALCESTE.....	81
<b>Quadro 17-</b> Perfil da categoria - <i>Centralidade do enfermeiro nas ações de Educação Permanente</i> , a partir da análise ALCESTE.....	82
<b>Quadro 18-</b> Variáveis mais expressivas na subcategoria - <i>Educação para atualização</i> , a partir da análise ALCESTE.....	90
<b>Quadro 19-</b> Perfil da subcategoria - <i>Educação para atualização</i> , a partir da análise ALCESTE.....	90
<b>Quadro 20-</b> Variáveis mais expressivas na categoria - <i>Dificuldades na realização das ações educativas</i> , a partir da análise ALCESTE.....	98
<b>Quadro 21-</b> Perfil da categoria - <i>Dificuldades na realização das ações educativas</i> , a partir da análise ALCESTE.....	99

## LISTA DE FIGURAS

- Figura 1.** Classificação Hierárquica Descendente – Dendograma das classes a partir da análise do corpus.....71
- Figura 2.** Detalhamento do dendograma de classes analisadas.....72

## LISTA DE SIGLAS

**AB** – Atenção Básica

**ACS** – Agente Comunitário de Saúde

**APS** – Atenção Primária em Saúde

**CEP-FOAr** - Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Araraquara

**CGR** – Colegiado de Gestão Regional

**CHD** – Classificação Hierárquica Descendente

**CHA** - Classificação Hierárquica Ascendente

**DATASUS** – Departamento de Informática do SUS

**DRS** – Departamento Regional de Saúde

**ESF** – Estratégia de Saúde da Família

**EPS** – Educação Permanente em Saúde

**IDH** – Índice de Desenvolvimento Humano

**IPRS** – Índice Paulista de Responsabilidade Social

**NOB/RH- SUS** – Norma Operacional Básica sobre Recursos Humanos do Sistema Único de Saúde.

**OPAS** – Organização Pan- Americana de Saúde

**OS** – Organização Social

**PACS** – Programa de Agente Comunitário de Saúde

**PEPS** – Pólos de Educação Permanente em Saúde

**PNAB** – Política Nacional de Atenção Básica

**PNAS** – Política Nacional de Agentes Comunitários de Saúde

**PNEPS** – Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

**PSF** – Programa de Saúde da Família

**SEADE** – Sistema Estadual de Análise de Dados

**SF** – Saúde da Família

**SUS** – Sistema Único de Saúde

**TCLE** – Termo de Compromisso Livre e Esclarecido

**u.c.e.** – Unidade de contexto elementar

**u.c.i.** – Unidade de contexto inicial

## SUMÁRIO

<b>1. APRESENTAÇÃO</b> .....	12
<b>2. INTRODUÇÃO</b> .....	13
<b>2.1 Atenção Básica e Estratégia Saúde da Família</b> .....	13
<b>2.2 Processo de trabalho em saúde</b> .....	24
<b>2.3 Educação Permanente em Saúde</b> .....	29
<b>2.4 A dimensão educativa do enfermeiro e a Educação Permanente em Saúde</b> .....	36
<b>2.5 Representações Sociais: conceitos e pressupostos teóricos</b> .....	41
<b>3. OBJETIVOS</b> .....	49
<b>3.1 Objetivo geral</b> .....	49
<b>3.2 Objetivos específicos</b> .....	49
<b>4. TRAJETÓRIA METODOLÓGICA</b> .....	50
<b>4.1 Tipo de estudo</b> .....	50
<b>4.2 Campo do estudo</b> .....	50
<b>4.3 Sujeitos da pesquisa</b> .....	59
<b>4.4 Coleta de dados</b> .....	60
<b>4.5 Aspectos éticos</b> .....	62
<b>4.6 Análise dos dados</b> .....	63
<b>5. RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	69
<b>5.1 Caracterização dos entrevistados</b> .....	69
<b>5.2 Análise ALCESTE</b> .....	70
<b>5.3 Apresentação e discussão das categorias</b> .....	72
<b>5.4 A Representação Social de Educação Permanente</b> .....	103
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	106
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	109
<b>APÊNDICE A</b> .....	119
<b>APÊNDICE B</b> .....	121
<b>ANEXO</b> .....	122

## **1. APRESENTAÇÃO**

---

Esta pesquisa configura-se um recorte da terceira etapa da pesquisa intitulada “*Dimensão educativa do trabalho do enfermeiro na Atenção Básica em saúde: concepções e práticas*” financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Tecnológico (CNPq) através do Edital MCT/CNPq Nº 014/2010 – Universal.

Tem-se como objeto de estudo desta pesquisa as Representações Sociais de Educação Permanente em Saúde de enfermeiros da Saúde da Família.

Nesta primeira parte, a fim de delinear o contexto sob o qual se insere o objeto de estudo apresentam-se alguns conceitos e discussões teóricas.

O primeiro item – *Atenção Básica e Estratégia Saúde da Família* - trata dos aspectos históricos do sistema de saúde brasileiro, suas estratégias, pressupostos, avanços e desafios.

O segundo item – *Processo de trabalho em Saúde* - delinea-se o conceito teórico de trabalho e processo de trabalho, especificando as características especiais do processo de trabalho em saúde.

No terceiro item – *Educação Permanente em Saúde* – discute-se os preceitos desta política na formação em serviço dos trabalhadores do SUS em busca de melhorias da qualidade da assistência. O próximo item - *A dimensão educativa do enfermeiro e a Educação Permanente em Saúde* – discute-se o papel e a potência do enfermeiro na implantação e desenvolvimento desta política.

No quinto e último item - *Representações Sociais: conceitos e pressupostos teóricos* – expõem-se as características fundamentais da Teoria das Representações Sociais a fim de promover uma aproximação com esta teoria para entendimento do objeto de estudo.

Em seguida apresentam-se os objetivos, a trajetória metodológica, a sistematização dos resultados e as considerações finais.

## 2. INTRODUÇÃO

---

### 2.1 Atenção Básica e Estratégia Saúde da Família

A implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil representou uma importante mudança na organização dos serviços de saúde no país. Ainda que sua constituição formal tenha se dado na Constituição Federal de 1988, suas origens remontam a mais tempo, a partir da crise do modelo médico assistencial privatista que se hegemonizou na segunda metade do século XX, induzido pelo processo da industrialização brasileira.

O SUS segue a mesma doutrina e os mesmos princípios organizativos em todo o território nacional, sob a responsabilidade das três esferas autônomas de governo federal, estadual e municipal. Assim, não é um serviço ou uma instituição, mas um sistema, um conjunto de unidades, de serviços e ações que interagem para um fim comum. Esses elementos integrantes do sistema referem-se, ao mesmo tempo, às atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1990).

As ações de saúde devem ser realizadas á luz do princípio do universalismo, da descentralização municipalizante e de um novo formato organizativo para os serviços, sob a lógica da integralidade, da equidade, da regionalização, da hierarquização e da participação social (VIANA; POZ, 2005).

Este novo sistema de saúde exigiu mudanças profundas nas estruturas organizacionais, nos serviços de saúde e no atendimento, suscitando novas formas de prestação de ações e serviços de saúde à população que definiram a Atenção Primária à Saúde (APS) como diretriz norteadora e articuladora para a transformação do modelo de atenção à saúde até então vigente.

O tema APS está na pauta política de países com sistemas de saúde universais como os da Europa, o Canadá e a Nova Zelândia, fazendo um contraponto à fragmentação dos sistemas de saúde, à superespecialização e ao uso abusivo de tecnologias médicas, que determina necessidades questionáveis de consumo de serviços de saúde. Estes países vêm acumulando experiências que demonstram o impacto positivo deste modelo na



saúde da população, no alcance de maior equidade, na maior satisfação dos usuários e nos menores custos para o sistema de saúde (BRASIL, 2011a).

No cenário mundial, a APS vem sendo discutida desde a década de 1970, sendo que seus princípios foram discutidos na conferência de Alma Ata em 1978 que a define 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 como o país possa 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, sendo o 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 do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde (OMS citado por STARFIELD, 2002, p. 30-31).

A conferência de Alma Ata também especificou os componentes da APS como sendo a educação em saúde; saneamento ambiental; programas de saúde materno-infantis; prevenção de doenças endêmicas locais; tratamento adequado de doenças e lesões comuns; fornecimento de medicamentos essenciais; promoção de boa nutrição; e medicina tradicional. Embora estes conceitos tenham sido pensados para serem aplicados em todos os países, há discordâncias a respeito da extensão na qual eles são aplicáveis nos diferentes países. (STARFIELD, 2002).

A APS é uma forma de organização dos serviços de saúde, uma estratégia para integrar todos os aspectos desses serviços, tendo como perspectiva as necessidades de saúde da população. Em sua forma mais desenvolvida é o primeiro contato com o sistema de saúde e o local responsável pela organização do cuidado à saúde dos indivíduos, suas famílias e da população ao longo do tempo e busca proporcionar equilíbrio entre as duas metas de um sistema nacional de saúde: melhorar a saúde da população e proporcionar equidade na distribuição de recursos (BRASIL, 2011a; STARFIELD, 2002).

A Atenção Primária difere dos outros níveis de atenção por diversas características, mas seus princípios definidores são: o primeiro contato, a coordenação, abrangência ou integralidade e a longitudinalidade.

O primeiro contato significa acesso e utilização do serviço de saúde para cada novo evento de saúde ou novo episódio de um mesmo evento. Um serviço é porta de entrada quando a população e a equipe identificam-no como o primeiro recurso de saúde a ser buscado quando há uma necessidade / problema de saúde (STARFIELD, 2002).

Ser o primeiro contato é ser a porta de entrada das questões de saúde que trabalha com necessidades / problemas diversos inseridos em um contexto social (MELO, *et al*, 2008).

A essência da longitudinalidade é uma relação pessoal que se estabelece ao longo do tempo, independente do tipo de problemas de saúde ou mesmo da presença de um problema de saúde, entre indivíduos e um profissional ou uma equipe de saúde (BRASIL, 2011a).

O cuidado integral pode ser entendido como a capacidade da equipe de saúde em lidar com as necessidades em saúde do indivíduo, da família ou das comunidades, resolvendo-os por meio da oferta de ações e serviços, ou referindo-se aos outros pontos de atenção à saúde (BRASIL, 2011a).

A coordenação significa acompanhar e dar continuidade nas ações de saúde da população, família e indivíduo de um modo integrado e organizado, o que exige disponibilidade das informações ao longo do tempo e em diferentes espaços (MELO, *et al*, 2008).

A coordenação é essencial para o sucesso dos demais princípios. “Sem coordenação, a longitudinalidade perde muito de seu potencial, a integralidade não é viável e o primeiro contato torna-se uma função puramente administrativa” (BRASIL, 2011a, p.34).

Além destas quatro características já descritas, podem-se destacar outras duas derivadas destas (BRASIL, 2011a).

A competência cultural, que trata da capacidade das equipes de saúde em reconhecer as múltiplas particularidades e necessidades específicas de subpopulações, que podem estar afastadas dos serviços pelas

peculiaridades culturais, como diferenças étnicas e raciais, entre outras. E a orientação comunitária, que se refere ao entendimento de que as necessidades em saúde dos indivíduos/famílias/populações relacionam-se ao contexto social e que o reconhecimento dessas necessidades pressupõe o conhecimento do contexto social.

No Brasil a APS tem uma terminologia própria, sendo denominada pelo Ministério da Saúde como Atenção Básica (AB), reflexo da necessidade de diferenciação desta proposta e dos “cuidados primários de saúde”, interpretados como política de focalização à atenção primitiva à saúde.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) recentemente revista e regulamentada pela portaria nº 2.488/2011, define a AB como:

um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações (BRASIL, 2011b, p. 2).

Para o Ministério da Saúde, a AB caracteriza-se por utilizar tecnologias de cuidado complexas e variadas no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território de abrangência, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e os princípios do acolhimento. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social e deve considerar o sujeito em sua singularidade e inserção sócio-cultural, buscando produzir a atenção integral (BRASIL, 2011b).

Na experiência brasileira a AB tem como fundamentos e diretrizes (BRASIL, 2011b):

- Ter território adstrito, de forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais sempre em consonância com o princípio da equidade;

- Possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada aberta e preferencial da rede de atenção, acolhendo os usuários e promovendo a vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde;

- Adscriver os usuários e desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado.

- Coordenar a integralidade em seus vários aspectos, como: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção, prevenção, tratamento, reabilitação e vigilância à saúde; e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins e à ampliação da autonomia dos usuários e coletividades; trabalhando de forma multiprofissional, interdisciplinar e em equipe;

- Estimular a participação dos usuários como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à saúde, a partir de lógicas mais centradas no usuário e no efetivo exercício do controle social.

Para a operacionalização da PNAB no Brasil, utiliza-se de uma estratégia nacional prioritária que é a Saúde da Família (SF), organizada de acordo com os preceitos do SUS e da AB. Esta proposta constitui-se em um importante desafio, pois propõe uma transformação do modelo de atenção e a construção de uma nova prática, com uma nova dimensão ética.

A proposta é romper com o tradicional modelo sanitário brasileiro, médico, medicamentoso, curativo, individual e hospitalocêntrico, e construir modelo de saúde coletivo, multi e interprofissional, centrado na família e na comunidade (COSTA, *et al*, 2009).

Ela pode ser definida como um “modelo de atenção que pressupõe o reconhecimento de saúde como direito de cidadania, expresso na melhoria das condições de vida que deve ser traduzida em serviços mais

resolutivos, integrais e principalmente humanizados” (LEVCOVITZ; GARRIDO citado por ROSA; LABATE, 2005, p. 1030).

Para o Ministério da Saúde, a Estratégia Saúde da Família (ESF) visa atender indivíduo e a família de forma integral e contínua desenvolvendo ações de promoção, proteção e recuperação da saúde mais próximas da vida cotidiana da população, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com definição de responsabilidades entre serviços de saúde e população (ROSA; LABATE, 2005).

O trabalho é viabilizado de modo a prestar assistência com resolutividade às necessidades de saúde da população adscrita, seja na unidade de saúde ou no domicílio. As equipes devem intervir nos fatores de risco aos quais a população está exposta; eleger a família e o seu espaço social como núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde; humanizar as práticas de saúde através do estabelecimento de vínculo com a população; proporcionar parcerias através do desenvolvimento de ações intersetoriais; contribuir para a democratização do conhecimento do processo saúde/doença, da organização dos serviços e da produção social da saúde; fazer com que a saúde seja reconhecida como um direito de cidadania e, portanto, expressão da qualidade de vida; estimular a organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social (BRASIL, 1997).

O modelo preconiza uma equipe de saúde da família de caráter multiprofissional (médico generalista, enfermeiro, auxiliar/técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde) que trabalha com definição de território de abrangência, adscrição de clientela, cadastramento e acompanhamento da população residente na área. Recomenda-se que cada equipe fique responsável por entre 3.000 e 4.000 pessoas, respeitando critérios de equidade para esta definição. A equipe deve conhecer as famílias do seu território de abrangência, identificar os problemas de saúde e as situações de risco existentes na comunidade, elaborar um programa de atividades para enfrentar os determinantes do processo saúde/doença, e prestar assistência integral às famílias sob sua responsabilidade no âmbito da atenção básica (BRASIL, 2011b).

As características do processo de trabalho destas equipes passam, necessariamente, pela interdisciplinaridade, vinculação, acolhimento, competência cultural, intersetorialidade e fortalecimento de uma gestão local que deve ser participativa / democrática (SOUSA; HAMANN, 2009). A ESF propõe uma reestruturação dos serviços de saúde, promovendo uma relação dos profissionais mais próximos do seu objeto de trabalho, ou seja, mais próximos das pessoas, famílias e comunidades (ROSA; LABATE, 2005).

Em suma a ESF é tida como uma:

estratégia de expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica por favorecer uma re-orientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da AB, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (BRASIL, 2011b, p. 12).

A “missão” a que se propõe a Saúde da Família não é pequena, uma vez que necessita inverter toda uma lógica biomédica, centrada até então na consulta médica, agora direcionada a outras práticas em saúde e ao trabalho interdisciplinar e intersetorial, ou seja, promover o diálogo entre as famílias assistidas, os profissionais da saúde e os profissionais de áreas, como, por exemplo, a educação, esporte e meio ambiente, sem as quais as práticas tradicionalmente centradas na doença jamais se transformariam (COSTA, 2003).

Nestes anos de implementação do SUS e da ESF, o sistema de saúde brasileiro vem conseguindo superar obstáculos importantes. Em tempos em que as políticas neoliberais de redução de Estado são reforçadas, no Brasil houve uma ampliação dos serviços públicos de saúde, chegando a praticamente todos os municípios do país, cresceu o número de trabalhadores no setor, recursos mínimos vem sendo assegurados. Há um sistema descentralizado, que conta com mecanismos democráticos de funcionamento, que incluem instâncias de pactuação entre os gestores e mecanismos de controle social (FEUERWEKER, 2005). Entretanto, muitos desafios ainda precisam ser trabalhados a fim de superar a distância entre o discurso mudancista e a prática assistencial que implementa.

Nessa perspectiva, o conhecimento e os instrumentais para a mudança proposta pela Saúde da Família não estão prontos, ao contrário, precisam ser construídos, implementados e avaliados, apropriando-se de novas teorias e práticas que permitam refletir sobre os problemas identificados e buscar de forma interdisciplinar, soluções apropriadas para eles (SOUSA, 2000).

Segundo Feuerweker (2005), entre os principais desafios a serem superados podemos citar a baixa resolutividade das equipes de efetivamente resolverem os problemas da população que pode ser explicado de várias maneiras, entre as quais: pela desarticulação entre a AB e os demais serviços de saúde, já que os sistemas são organizados por níveis e não há mecanismos de articulação entre eles que são operados e financiados segundo lógicas distintas (per capita x procedimentos); pelas importantes limitações da chamada média complexidade que restringe-se ao acesso a procedimentos diagnósticos e ao apoio de especialistas; e pelo próprio perfil dos profissionais que enfrentam profundas dificuldades para dar conta da complexidade dos problemas de saúde.

Há também, múltiplas tensões na organização do trabalho na Saúde da Família, pois apesar das práticas com o coletivo serem uma atribuição do conjunto da equipe, elas são assumidas principalmente pelos agentes comunitários e profissionais de enfermagem, sendo que os médicos se ocupam basicamente das consultas clínicas.

Observa-se uma fragmentação do trabalho, em que cada profissional acaba assumindo uma ação sem necessariamente estar em sintonia com a ação do outro o que traz alienação do profissional ao próprio objeto de trabalho (COSTA, *et al*, 2009).

As práticas de saúde são estabelecidas por meio de Programas em Saúde e ao mesmo tempo em que estes definem o repertório de ação dos trabalhadores, também o limita, já que desconsidera as singularidades e oferecem poucas tecnologias para o cuidado e para lidar com os aspectos subjetivos envolvidos no processo de viver e adoecer, ficando o cuidado clínico ou restrito ou reproduzidor do modelo hegemônico (FEUERWEKER, 2005).

Outro grande desafio está no fato de as equipes enfrentarem muitas dificuldades para lidar com a demanda espontânea e a atenção à elas quase sempre se conforma no esquema queixa conduta, mas uma vez restringindo o cuidado (FEUERWEKER, 2005).

Este cuidado é ainda orientado aos problemas e centrado na lógica de produção de procedimento. O desafio está em modificar o centro para a lógica da produção do cuidado que se traduz no trabalho orientado aos problemas, às necessidades e à qualidade de vida. Nesta outra lógica proposta, as ações além de produzirem procedimentos, centram-se nas relações humanas, na produção de vínculo e no acolhimento (COSTA, *et al*, 2009).

Outra característica a ser superada é a centralidade do médico na organização do trabalho. A Saúde da Família, na maioria das vezes, ainda se organiza para atuar sobre problemas específicos por meio do atendimento médico, subordinando os saberes e ações dos outros profissionais à lógica médica, diminuindo o espaço da dimensão cuidadora da equipe (COSTA, *et al*, 2009).

Outra limitação enfrentada em vários locais está no trabalho em equipe. Embora seja previsto o trabalho multiprofissional, encontra-se ausência de responsabilidade coletiva do trabalho e baixo grau de interação entre as categorias, onde os membros das equipes de saúde da família mantêm representações sobre hierarquia entre profissionais de nível superior e nível médio e entre médico, dentista e enfermeiro (COSTA, *et al*, 2009).

Para que a Saúde da Família cumpra com o seu objetivo de transformar o modelo de atenção é necessário que haja uma reestruturação produtiva na saúde, ou seja, é preciso alterar os processos de trabalho a partir da reinversão de suas tecnologias. Processos de trabalho que tem como fonte inúmeros campos de saberes e operem de modo multiprofissional, centrados em tecnologias de relações, rompendo com o atual modo de produção de saúde, que se resume a realização de procedimentos centrados nos profissionais e que utiliza tecnologias mais estruturadas (MERHY; FRANCO, 2002).



Neste contexto, destaca-se outro grande desafio para a efetivação da Saúde de Família: a carência de profissionais com o perfil necessário para este novo modelo. É necessário aprofundar um novo entendimento dos profissionais no que se refere a seus papéis e ao contexto que atuam, a fim de que possam mudar sua prática (JESUS, *et al*, 2008). Para que haja mudança do modelo de atenção é preciso formar um novo profissional, ou seja, para uma nova estratégia, um novo profissional (ROSA; LABATE, 2005).

Assim, é imperativa a transformação nas práticas pedagógicas e nos processos formativos, criando espaços e instrumentos para análise das ações e operacionalização dos princípios do SUS. Tem-se quer ir em busca de uma prática transformadora e reconstrutora do saber (BALBINO, 2010).

As instituições formadoras mantém seus currículos centrados no estudo de aparelhos e sistemas orgânicos, com intervenções pautadas em tecnologias altamente especializadas, centradas em procedimentos e equipamentos de apoio diagnóstico e terapêutico. A formação dos profissionais de saúde tem permanecido alheia à organização da gestão setorial e ao debate crítico sobre os sistemas de estruturação do cuidado (CECCIM; FEUERWEKER, 2004).

Quando analisamos a educação em serviço, tradicionalmente utilizam-se as capacitações em serviço, que pouco têm impactado nas transformações nas práticas de saúde. Muitas vezes, os cursos, treinamentos e outras modalidades de educação ocorrem de maneira difusa, aleatória, desarticulados do contexto dos serviços e nem sempre respondem às necessidades dos gestores, trabalhadores e cidadãos (SILVA; OGATA; MACHADO, 2007).

A capacitação consiste na transmissão de conhecimentos dentro da lógica do “modelo escolar”, que tem a finalidade de atualizar ou conhecimentos adquiridos anteriormente ou tecnologias na implantação de uma nova política. Seu desenho básico pressupõe a reunião das pessoas em uma sala, isolando-as do contexto real de trabalho, colocando um ou vários especialistas experientes, que transmitirão conhecimentos para, uma vez incorporados, serem aplicados. A expectativa (e o pressuposto) é que as

informações e conhecimentos adquiridos sejam incorporados às práticas de trabalho (DAVINI, 2009).

Entretanto, a experiência e as avaliações mostraram que a hora de passar da aplicação à prática nunca chega e que o acúmulo de esforços e recursos não alcançam os resultados esperados. E ainda que em alguns casos se alcance aprendizagens individuais, este aprendizado não se transfere para a ação coletiva (DAVINI, 2009).

As capacitações não se mostram eficazes na incorporação de novos conceitos e princípios às práticas de gestão, de atenção e de controle social por trabalharem de maneira descontextualizada e se basearem principalmente na transmissão de conhecimentos (CECCIM, 2005a).

Para produzir mudanças de práticas de atenção é fundamental pensar uma nova pedagogia, implicada com a construção de sujeitos auto-determinados e comprometidos com a construção e defesa da vida, individual e coletiva e que se veja como amarrada a intervenção que coloca no centro do processo pedagógico o trabalhador no seu agir em ato, produzindo o cuidado em saúde (MERHY, 2005).

A atualização técnico-científica precisa ser encarada como um dos aspectos da qualificação das práticas profissionais. A formação deve englobar aspectos de produção de subjetividade, desenvolvimento de habilidades técnicas e de pensamento crítico e o adequado conhecimento do SUS. A formação para a área da saúde deveria ter como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, e estruturar-se a partir da problematização do processo de trabalho e sua capacidade de dar acolhimento e cuidado às várias dimensões e necessidades de saúde das pessoas, dos coletivos e das populações (CECCIM, FEUERWEKER, 2004).

Cresce a importância de que as práticas educativas se configurem dispositivos para a análise das experiências locais; da organização de ações em rede; das possibilidades de integração entre formação, desenvolvimento docente, mudanças na gestão e nas práticas de atenção à saúde, fortalecimento da participação popular e valorização dos saberes locais. Para tanto, são necessárias novas abordagens pedagógicas para desfazer as

dicotomias persistentes e sobre as quais foram construídas as iniciativas anteriores de mudança (individual x coletivo, clínica x saúde pública, especialidade x generalidade, sofisticação tecnológica x abordagens simplificadas) (CECCIM, 2005a).

Neste sentido, tem-se a Educação Permanente em Saúde (EPS) como ferramenta essencial. Sua proposta permite articular gestão, atenção e formação para o enfrentamento dos problemas de cada equipe, em seu território de atuação, em busca da qualificação do cuidado (BRASIL, 2004).

## **2.2 Processo de trabalho em saúde**

Para PEDUZZI; SCHIRAIBER, 2012, o trabalho

constitui o processo de mediação entre homem e natureza. O homem faz parte da natureza, mas consegue se diferenciar dela por sua ação livre e pela intencionalidade e finalidade que imprime ao trabalho. Portanto o trabalho é um processo no qual os seres humanos atuam sobre as forças da natureza submetendo-as ao seu controle e transformando-as em formas úteis à sua vida, transformando-se a si próprio nesse processo de intercâmbio.

É através do trabalho que o homem expressa sua subjetividade e utilizando suas potencialidades, modifica e é modificado, se realiza como sujeito e desenha sua própria história (MARTINS; ALBUQUERQUE, 2007).

O processo de trabalho constitui um dos pólos de uma tríplice relação dialética que inclui o homem e a natureza em que “o homem aparece como produto e criador da natureza através do processo de trabalho, e como produto e criador do processo de trabalho através da natureza” (MENDES GONÇALVES, 1992, p.19).

No processo de trabalho, a atividade do homem opera uma transformação no objeto (“algo antes”) sobre o qual atua por meio de instrumentos de trabalho para a produção de produtos (“algo depois”) que corresponde a uma satisfação de uma necessidade, estando esta transformação subordinada à um determinado fim, ou seja, é intencional, o homem concebe e planeja o que vai produzir (MENDES GONÇALVES, 1992).

Assim, o processo de trabalho se estrutura nos seguintes elementos básicos: objeto de trabalho, instrumentos de trabalho, finalidade e agentes.

Para Mendes Gonçalves (1992) o objeto de trabalho representa o que vai ser transformado, aquilo sobre o qual incide a ação do trabalhador. Este objeto não é natural, não existe por si só, mas é recortado por um certo olhar que contém um projeto, uma finalidade.

Os instrumentos de trabalho também não são naturais, mas historicamente constituídos pelos sujeitos. O meio ou instrumento de trabalho “é uma coisa ou um complexo de coisas que o trabalhador insere entre si mesmo e o objeto de trabalho e lhe serve para dirigir sua atividade sobre este objeto” (MENDES GONÇALVES, 1992, p. 13).

Característica importante do processo de trabalho é sua finalidade. O trabalho depende de uma construção prévia, de um projeto que o homem traz em mente desde o início do processo e que tem implicação direta no desenvolvimento deste trabalho. Esta finalidade tem relação com a necessidade a ser satisfeita pelo processo de trabalho (MENDES GONÇALVES, 1992).

A relação entre objeto e instrumentos de trabalho é intermediada pela presença do agente do trabalho que lhe imprime uma finalidade. É só por meio da presença e da ação do agente do trabalho que se torna possível o processo de trabalho. O agente pode ser interpretado como instrumento de trabalho e sujeito da ação, uma vez que traz para dentro do processo de trabalho, além do projeto prévio e de sua finalidade, outros projetos de caráter coletivo e pessoal (PEDUZZI; SCHIRAIKER, 2012).

O processo de trabalho nunca acontece isoladamente e sim em ciclos organizados em rede, onde o produto de um pode ser consumido como instrumento em outro, como objeto de trabalho em outros ou ainda produzir resultados que desaparecem no consumo ao satisfazer uma necessidade (MENDES GONÇALVES, 1992).

O processo de trabalho em saúde tem especificidades, seu conceito diz respeito à dimensão microscópica do cotidiano do trabalho em saúde, ou seja, à prática dos trabalhadores de saúde inseridos no dia a dia da produção e consumo de serviços de saúde.

Caracteriza-se pelo seu caráter relacional humano, é um trabalho coletivo realizado por diferentes trabalhadores em relação com suas práticas e saberes, por meio da divisão técnica e social do trabalho e ainda por contar com trabalhos anteriores e simultâneos para sua realização (MISHIMA, *et al*, 2003).

Possui especificidades por produzir um bem simbólico que ao ser realizado no encontro entre trabalhadores e usuários, ao mesmo tempo consome-se (MERHY, 1997). É um trabalho da esfera da produção não material, que se completa no ato de sua realização. Não tem como resultado um produto material, sendo este indissociável do processo que o produz. O produto é a própria realização da atividade (PIRES, 2000).

Ao conceber e planejar as ações em saúde, os trabalhadores partem das necessidades de saúde a serem satisfeitas e a produção destas ações englobam os elementos do processo de trabalho (objeto, instrumento, finalidade e agente) que por sua vez encontram-se articulados e sustentados em uma concepção de homem e do processo saúde-doença (CARDOSO, *et al*, 2011).

O objeto de trabalho em saúde, orientado pela concepção de saúde dos diferentes atores envolvidos em sua produção, pode tomar o corpo biológico, a família, o homem em sua condição de existência, entre outros. A depender do que se toma por objeto das ações do trabalho, desenvolve-se uma determinada prática (REIS, *et al*, 2007).

Os instrumentos no processo de trabalho em saúde podem ser materiais e não materiais. Os materiais são os equipamentos, material de consumo, medicamentos, instalações, entre outros. Os não materiais são os saberes que articulam em determinados arranjos os sujeitos, constituem ferramentas principais do trabalho de natureza intelectual (MENDES GONÇALVES, 1992).

Em relação às finalidades, na saúde ela precisa ser apreendida pelo conjunto de trabalhadores podendo ser a produção do lucro se a saúde é vista como um bem de mercado, ou pode ser a defesa da vida e da cidadania, se a saúde for vista como direito (REIS, *et al*, 2007).

Merhy (2007) acrescenta ao processo de trabalho em saúde a noção de trabalho vivo e trabalho morto. O trabalho morto é definido como todos os produtos-meio que estão envolvidos no processo de trabalho e que são resultados de um trabalho anteriormente realizado, está presente no ato de produção, mas não está em ato. Como exemplo pode-se citar as matérias-primas e as ferramentas utilizadas por um artesão na produção de um sapato. Elas são produtos de trabalhos humanos que as concretizaram e que agora se fazem presentes como trabalho já realizado e coagulado no produto.

O trabalho vivo é o trabalho instituinte realizado em ato, marcado pela total possibilidade de o trabalhador agir no processo produtivo com grau de liberdade máxima, é a influencia real do trabalhador concreto que está atuando e contém a potência criativa do vir-a-ser. Seguindo o mesmo exemplo acima, seria representado pelos conhecimentos do artesão em relação ao material, a forma de utilizá-los e organizá-los temporalmente (MERHY, 2007).

O trabalho em saúde é centrado no trabalho vivo em ato permanentemente, pois seu objeto não é plenamente estruturado e suas tecnologias de ação mais estratégicas configuram-se em processos de intervenção em ato, operando como tecnologias de relações, de encontro de subjetividades, para além dos saberes tecnológicos estruturados, comportando um grau de liberdade significativo na escolha do modo de fazer sua produção.

O mesmo autor classifica as tecnologias envolvidas no trabalho em saúde em duras (como no caso de equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas e estruturas organizacionais), leve-duras (como no caso de saberes bem estruturados como a clínica médica, a clínica psicanalítica e a epidemiologia) e leves (como no caso das tecnologias de relações do tipo de produção de vínculo, automização e acolhimento).

No processo de trabalho em saúde, marcado pelas relações, há o encontro entre o agente produtor (o trabalhador) com suas ferramentas (conhecimentos, equipamentos, tecnologias de modo geral) e com o agente consumidor (o usuário), tornando-o em parte objeto de ação daquele produtor, mas sem que com isso deixe de ser também um agente que, em ato, põe suas intencionalidades. Assim, o processo de trabalho em sua micropolítica pode ser entendido como um cenário de disputa de distintas forças instituintes, está

sempre aberto à presença do trabalho vivo em ato e pode ser atravessado por distintas lógicas que o trabalho vivo pode comportar (MERHY, 2007).

Tanto os trabalhadores como os usuários podem modificar a forma como o trabalho em saúde está instituído e reproduzido. A construção de tecnologias para a ação do trabalho vivo em ato e para a gestão deste trabalho abre espaços interrogadores e de ruptura dos processos institucionalizados, transformando o processo de trabalho em lugar estratégico de mudança dos modelos de atenção à saúde (MARTINS; ALBUQUERQUE, 2007).

No modelo de atenção médico neoliberal, hoje ainda hegemônico no país, a saúde é vista como um bem de mercado, tem como objeto de trabalho o corpo biológico individual e os instrumentos de trabalho ficam restritos basicamente às tecnologias duras e leve duras e centrados em um profissional, principalmente o médico. Este processo produtivo tem como finalidade última a produção de um paciente operado e ponto final, ou um paciente diagnosticado organicamente e ponto final sem se preocupar necessariamente com a produção de saúde no seu conceito mais amplo (MERHY, 2007).

Neste modelo de atenção, no processo de trabalho em saúde há pouco espaço para a expressão da subjetividade do trabalhador e do usuário, ficando os processos de trabalho destes profissionais marcados pelos saberes estruturados, pelas normas, pelas máquinas e pelos procedimentos (MARTINS; ALBUQUERQUE, 2007).

Em contrapartida, as concepções do movimento sanitário incorporadas no SUS considera a saúde como direito universal de cidadania e propõe a construção de modelos de atenção à saúde que visem superar o modelo médico neoliberal constituindo-se organizações de saúde gerenciadas de modo mais coletivo e processos de trabalhos cada vez mais partilhado numa lógica usuário centrada, que permita a construção cotidiana de vínculos e compromissos estreitos entre trabalhadores e usuários nas formulações das intervenções tecnológicas em saúde conforme suas necessidades individuais e coletivas (MERHY, 2007).

Neste modelo, o objeto de saúde é centrado na produção de cuidado e os instrumentos de trabalho são definidos pelas práticas de saúde

centradas no trabalho vivo em ato que operam muito mais no território das tecnologias leves, com articulação dos saberes dos diversos profissionais. Tem como finalidade a inclusão cidadã e ganhos de autonomia para o usuário e o compromisso radical com a defesa da vida individual e coletiva (MERHY, 2007).

Para alcançar a mudança de um modelo para o outro, o objetivo principal da ESF, é preciso reconhecer o valor de cada profissional na produção das ações de saúde a fim de construir novos significados para o seu trabalho, resgatando a subjetividade de cada trabalhador. Neste sentido, a EPS pode ser o caminho para interferir no processo de trabalho de forma criativa para preparar o indivíduo como agente de mudança, crítico reflexivo, possibilitando o surgimento de demandas a partir da problematização do trabalho para conduzir à melhoria da qualidade da atenção (SILVA; OGATA; MACHADO, 2007).

### **2.3 Educação Permanente em Saúde**

No cenário internacional, a Educação Permanente em Saúde (EPS), não é um tema novo. Desde a década de 1970 que a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), percebendo a inadequação da formação em saúde, difundia pela América Latina o conceito de Educação Permanente em Saúde como um novo modelo pedagógico pautado na aprendizagem significativa para as transformações das práticas em saúde (SANES, 2010).

A aprendizagem significativa é um conceito que provem de uma teoria do pensamento educacional conhecida por construtivismo que pauta-se na idéia de que

... nada está pronto, acabado, e de que especificamente, o conhecimento não é dado, em nenhuma instância, como algo terminado. Ele se constitui pela interação do indivíduo com o meio físico e social, com o simbolismo humano, com o mundo das relações sociais; e se constitui por força de sua ação e não por qualquer dotação prévia na bagagem hereditária ou no meio. (BECKER, 1994, p. 88-89)

O construtivismo difere da escola tradicional de educação porque estimula uma forma de pensar em que o aprendiz não assimila o conteúdo



passivamente, mas reconstrói conhecimento existente, imprimindo um novo significado e gerando um novo conhecimento, passando a ser sujeito ativo de sua aprendizagem (BECKER, 1994).

Vários são os autores que colaboram para o desenvolvimento desta teoria, porém cabe ressaltar principalmente Vygotsky e Freire. A teoria construtivista tem como importantes princípios (OLIVEIRA, 1992):

- o homem é um ser sócio-histórico, constitui-se como tal na sua relação com o outro social.

- o educando sempre possui um conhecimento anterior, adquirido nas relações e comunicações com os outros;

- o educando é sujeito de sua própria aprendizagem. Sujeito é aquele que aprende pensando, compreendendo ativamente e agindo sobre o objeto de conhecimento. O conhecimento é elaborado por ele e transformado por ele, ao mesmo tempo que é modificado, alterando sua organização interna.

- a aprendizagem acontece em situações de conflito entre o conhecimento antigo e o novo. Há um momento de perturbação em que o conhecimento assimilado se mostra insuficiente para responder a um conflito novo que se constituem desafios para avançar no sentido de uma nova reestruturação.

- aprendizagem se dá no coletivo, na interação do educando com o meio e com seus pares.

Para a concepção construtivista, aprendizagem significativa refere-se ao vínculo entre o novo material de aprendizagem e os conhecimentos prévios do aprendiz que constrói a realidade atribuindo-lhe significado. Para que ela aconteça duas condições devem ser cumpridas: o conteúdo deve ser significativo e o aprendiz deve estar motivado para relacionar o que aprende com o que já sabe. Além disso, para ser significativa, a aprendizagem precisa ser funcional, ou seja, os conhecimentos adquiridos têm de ser efetivamente utilizados na prática do aprendiz (COLL, 2000; SOUSA, 1998).

No Brasil, com a democratização da saúde, a partir da Constituição Federal de 1988 e a criação do SUS, o compromisso com a formação e qualificação dos trabalhadores de saúde passa a contar com um

suporte político. De acordo com a Carta Magna Brasileira, no Título VIII da Ordem Social, na Seção II da Saúde, Artigo 200: compete ao SUS ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde, bem como incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico.

De acordo com a Norma Operacional Básica sobre Recursos Humanos do SUS (NOB/RH-SUS), a qualidade da atenção à saúde está relacionada com a formação de pessoal específico, que disponha do domínio tanto de tecnologias para a atenção individual de saúde quanto para a saúde coletiva.

O SUS tem assumido um papel ativo na reorientação das estratégias e modos de cuidar, tratar e acompanhar a saúde individual e coletiva e ao analisar algumas iniciativas no campo da formação e do desenvolvimento em saúde observou-se alguns avanços, porém, estas tiveram limitada capacidade de produzir impacto sobre as instituições formadoras, no sentido de produzir processos de mudanças e promover alterações nas práticas dominantes no sistema de saúde, além de não desafiarem os vários atores para assumir uma postura de mudança e de problematização de suas próprias práticas e do trabalho em equipe (BRASIL, 2004a).

As capacitações e programas, desenvolvidos de forma desarticulada ou fragmentada, descontextualizada e baseando-se principalmente na transmissão de conhecimento, não se mostraram eficazes para possibilitar a incorporação de novos conceitos e princípios às práticas estabelecidas, tanto na gestão, como na atenção e no controle social (BRASIL, 2004a;CECCIM, 2005a).

Neste sentido, na tentativa de instituir referências nacionais para a formação e qualificação dos trabalhadores em saúde, em 2003, o Ministério da Saúde, através do Departamento de Gestão da Educação na Saúde lança a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) artifício que permitiria a integração e o fomento da formação e do desenvolvimento de trabalhadores do e para o SUS.

A PNEPS concretizou a organização das comissões compostas por serviços de saúde e instituições formadoras, previstas na Lei 8080/90. Através da PNEPS tais comissões, cuja missão seria a de planejar em conjunto

o aprimoramento dos trabalhadores, se traduziram em Pólos de Educação Permanente em Saúde (PEPS). Os PEPS, compostos por representantes de gestores, trabalhadores, estudantes, conselheiros de saúde e instituições formadoras e prestadoras de serviços de saúde, foram incumbidos em gerir, em nível local e regional, a Educação Permanente em Saúde nas diferentes vertentes que compõem o chamado quadrilátero da formação: gestão, atenção, formação e controle social (BRASIL, 2004). Em 2007, uma redefinição da Política outorgou aos recém criados Colegiados de Gestão Regionais (CGR), instâncias de pactuação da política de saúde em nível localregional, a responsabilidade até então imposta aos PEPS (BRASIL, 2009).

Contrapondo a noção programática de implementação das práticas anteriores, dirigidas ao treinamento de habilidades, a PNEPS congrega, articula e coloca em roda diferentes atores, delegando a todos um lugar de protagonismo na condução dos sistemas locais de saúde (CECCIM, 2005b).

Ao propor a educação na saúde como política de governo, o gestor federal do SUS coloca a educação no centro das ações de saúde e coloca em evidência o trabalho da saúde. Traz para o debate a formação e desenvolvimento para gerar atores comprometidos, não profissionais que detenham o monopólio de um saber, um campo de conhecimento ou um conjunto de técnicas, mas profissionais que tenham um compromisso com um objeto e com a sua transformação em alteridade com o usuário e em composição de coletivos organizados para a produção da saúde (CECCIM, 2005).

A introdução da EPS seria estratégia fundamental para a recomposição das práticas de saúde, estabelecendo ações intersetoriais com o setor da educação, provocando mudanças na graduação, nas residências, na pós graduação e na educação técnica de formação reorientando o foco da formação em saúde para as necessidades / direitos de saúde da população baseados nos princípios da universalidade e equidade das ações e dos serviços em saúde (CECCIM, 2005a).

A EPS tem em suas bases conceituais nas particularidades do trabalho em saúde, reconhecendo que a saúde se produz “em ato”, ou seja, o

produto do trabalho em saúde somente existe durante sua produção e para as pessoas diretamente envolvidas no processo (trabalhadores e usuários) (MERHY; FEUERWERKER; CECCIM, 2006).

Para concretizar um ato de saúde, os trabalhadores utilizam uma maleta tecnológica composta por três modalidades de tecnologias: as tecnologias “duras” (que correspondem aos equipamentos e maquinários), as tecnologias “leve-duras” (que correspondem aos conhecimentos estruturados como a clínica e a epidemiologia) e as tecnologias “leves” (que correspondem às tecnologias relacionais, que permitem ao trabalhador escutar, comunicar-se, compreender, estabelecer vínculo e cuidar do usuário) (MERHY, 1997).

São as tecnologias “leves” que dão vida ao trabalho em saúde e possibilitam o trabalhador atuar sobre as realidades singulares em cada contexto, é nesse espaço do trabalho vivo que os trabalhadores de saúde reinventam, a cada dia, sua autonomia na produção dos atos de saúde e que se constrói e re-constrói a liberdade de fazer as coisas de maneira que produza sentido. Longe de serem caixas vazias, cada trabalhador e usuário tem idéias, valores e concepções acerca da saúde, do trabalho em saúde e de como este deve ser realizado. E todos os trabalhadores utilizam ativamente seus pequenos espaços de autonomia para atuar em saúde como lhe parece correto, de acordo com seus valores e interesses (MERHY; FEUERWERKER; CECCIM, 2006).

Na política de educação para o SUS, propõe-se trabalhar a EPS como uma “caixa de ferramentas” para atuar sobre esta micro política do trabalho em saúde, ampliando os espaços de liberdade dos trabalhadores na configuração das práticas e criando espaços coletivos de discussão (MERHY, FEUERWERKER, CECCIM, 2006).

#### A Educação Permanente

... é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. A educação permanente se baseia na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais. A educação permanente pode ser entendida como aprendizagem-trabalho, ou seja, ela acontece no cotidiano das pessoas e das organizações. Ela é feita a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm. Propõe que os processos de educação dos trabalhadores da

saúde se façam a partir da problematização do processo de trabalho, e considera que as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores sejam pautadas pelas necessidades de saúde das pessoas e populações. Os processos de educação permanente em saúde têm como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho (BRASIL, 2007, p. 13).

A EPS deve ser tomada como um recurso estratégico para a gestão do trabalho e da educação na saúde, possibilitando o ordenamento da formação e do desenvolvimento permanente dos trabalhadores ao passo que busca promover não somente a atualização e transmissão de novos conhecimentos, mas orienta sua ação em direção à mobilização do potencial criativo e inovador / transformador, capaz de operar novos saberes / conhecimentos no cotidiano de trabalho elaborados no coletivo (MEDEIROS, *et al*, 2010).

Propõe-se a construção de processos significativos para os trabalhadores, de modo que estes atores do processo educativo sejam ao mesmo tempo professores e aprendizes, eduquem e sejam educados, focando-se a situação do e no trabalho. Aprender de forma significativa é um processo que se dá quando o aprender revela novidade para os sujeitos, faz sentido (SANES, 2010).

De acordo com Ceccim (2005a), a Educação Permanente em Saúde tem como objeto de transformação o processo de trabalho orientado para melhoria da qualidade de serviço e para equidade no cuidado e no acesso aos serviços de saúde, buscando as lacunas de conhecimento e as atitudes que são parte de estrutura explicativa dos problemas identificados na vida cotidiana do indivíduo. Para que os indivíduos se coloquem em situação de transformação das práticas de trabalho em saúde, é necessário que se sintam incomodados, inquietados e que incomodo seja discutido, dialogado, pensado em todas as suas dimensões.

Ela circunscreve um espaço próprio que a diferencia de outras intervenções educativas, salientando como concepções distintas do trabalho em saúde se correlacionam com a forma que se concebe a educação para este trabalho e possibilita a transformação dos profissionais em sujeitos ativos e críticos do processo de trabalho e não apenas objetos passíveis de prescrições de habilidades, comportamentos e perfis. Portanto, a introdução da Educação

Permanente retiraria os trabalhadores da condição de “recursos” para a de atores sociais das reformas, do trabalho, das lutas pelo direito à saúde e do ordenamento de práticas acolhedoras e resolutivas de gestão e de atenção à saúde (CECCIM, 2005a).

Numa formação, assim colocada, as estratégias de organização e do exercício da atenção passam a ser problematizadas na prática concreta dos profissionais. As demandas para a educação em serviço são definidas a partir dos problemas do trabalho e das necessidades dos usuários com a finalidade de prestar atenção relevante e de qualidade, com integralidade e humanização (CECCIM; FEUERWEKER, 2004).

Neste contexto, problematizar significa refletir sobre determinadas situações, questionando fatos, fenômenos e idéias, a fim de identificar problemas, ampliar o conhecimento, compreendendo os processos, propor soluções e colocá-las em prática. Deve levar os atores a questionar sua maneira de agir, o trabalho em equipe, a qualidade da atenção individual e coletiva e a organização do sistema como rede única (DAVINI, 2009).

O enfoque da Educação Permanente representa uma importante mudança na concepção e nas práticas de capacitação dos trabalhadores dos serviços de saúde. Ela supõe outra lógica ao processo educacional incorporando o ensino e o aprendizado à vida cotidiana das organizações e às práticas laborais, no contexto real em que ocorrem; modificando as estratégias educativas a partir da prática como fonte de conhecimento e de problemas, problematizando o próprio fazer; colocando as pessoas como atores reflexivos das práticas e construtores do conhecimento e de alternativas de ação; abordando a equipe e o grupo como estrutura de interação e ampliando os espaços educativos fora da aula e dentro das organizações (DAVINI, 2009).

O potencial educativo da situação de trabalho é reconhecido, no trabalho também se aprende, sendo que nesta perspectiva a educação não se limita a determinadas categorias profissionais, mas a toda a equipe, integrando as dimensões cognitivas, as atitudes e competências práticas.

É preciso reconhecer o valor de cada profissional na produção das ações de saúde para construir novos significados para seu trabalho. Os processos educativos devem ser estruturados a partir das práticas concretas

das equipes de saúde, possibilitando o surgimento de demandas a partir da problematização do trabalho para conduzir à melhoria da qualidade da atenção. A EPS abrange estes aspectos, podendo ser uma importante estratégia de transformação da educação no serviço (SILVA; OGATA; MACHADO, 2007).

Intrinsecamente relacionados conceitual e operacionalmente, a ESF, a APS e o SUS demandam profissionais habilitados e comprometidos com a forma de produzir a saúde, sendo que materializar a EPS nos serviços de saúde é condição e desafio para a equipe de saúde e neste contexto o enfermeiro se destaca. A amplitude de sua inclusão na saúde da família e os paradoxos de sua formação faz dele um elemento chave, cuja atuação pode potencializar reprimir ou descaracterizar a EPS.

#### **2.4 A dimensão educativa do enfermeiro e a Educação Permanente em Saúde**

O trabalho em enfermagem envolve ações gerenciais, assistenciais e educativas. Entende-se que cabe ao enfermeiro prestar assistência ao indivíduo sadio ou doente, à família ou comunidade e desempenhar atividades de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação. Sua prática profissional deve ser comprometida com o atendimento das necessidades do indivíduo e sua família, da comunidade, das equipes de enfermagem e multiprofissional e das instituições onde se desenvolve e estar compromissada com a atividade de educar, cuidar e gerenciar, assumindo uma dimensão transformadora e importância social, cultural e política (PASCHOAL; MANTOVANI; LACERDA, 2006).

Os pilares do trabalho de enfermagem são, historicamente, o cuidar, o administrar, o educar e o pesquisar (HORTA, 1979). A competência do enfermeiro abrange conhecimento técnico com pensamento crítico para abordagens das diferentes realidades em que ele se insere. Para ser competente, o enfermeiro precisa desenvolver as capacidades do saber, saber fazer, saber ser e estar e saber interagir:

... entendendo-se o saber como conhecimento, o saber fazer como conhecimento e ação, saber ser e estar como postura ética e saber interagir como capacidade de socialização, de influência no meio em que está inserido (PASCHOAL; MANTOVANI; LACERDA, 2006, p.340).

Para o enfermeiro, a expansão da rede básica e da Estratégia Saúde da Família representou uma maior aproximação e inserção na saúde pública. A ESF trouxe ao enfermeiro ascensão profissional na perspectiva de integrar-se ao desenvolvimento de ações de promoção e de prevenção da saúde e sua ação foi potencializada e diversificada, assim como foram re-significadas ações já previstas. De acordo com o informe da atenção básica nº 16, entre as atribuições deste profissional no âmbito do SUS está o envolvimento em ações de educação e qualificação e o desenvolvimento de processos de Educação Permanente dos profissionais de saúde, além de atividades comunitárias de educação para saúde (BRASIL, 2002a).

A ESF constitui uma estratégia de ação de saúde que tem como proposta a mudança do modelo biomédico, hospitalocêntrico, curativista e fragmentado de assistência para a consolidação de um modelo voltado para o cuidado integral e a vigilância à saúde, o que pressupõe a criação de vínculo entre a equipe de saúde e a população. Tal transformação depende da superação de obstáculos relacionados à organização do trabalho, exigindo uma mudança nos modos de produzir cuidado à saúde no âmbito dos serviços (FERNANDES; OTENIO; OTENIO, 2010).

O grande desafio para os trabalhadores da ESF é a necessidade de rever sua prática diante de novos paradigmas sendo indispensável repensar os processos de trabalho e adotar metodologias, instrumentos e conhecimentos diferentes dos geralmente instituídos que venham possibilitar a organização dos serviços, na perspectiva da garantia do acesso e da integralidade da atenção. (VILAS BÔAS; ARAÚJO; TIMÓTEO, 2008). Os profissionais devem ser capazes de trabalhar em equipe e tomar decisões considerando não somente a situação clínica individual, mas o contexto em que vivem os pacientes, os recursos e as medidas eficazes (FEUERWEKER, 2001).



Neste cenário insere-se o enfermeiro, que precisa desenvolver competências e mobilizar conhecimentos, habilidades e atitudes nos campos da prática profissional, ou seja, nas situações do cotidiano do trabalho. Precisa estar apto a articular sua função gerencial à uma prática pedagógica transformadora guiada pela visão crítico-reflexiva com vistas a melhoria da qualidade do cuidado em saúde (VILLAS BÔAS; ARAÚJO; TIMOTEO, 2008).

A Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2006) reconhece e reforça a dimensão educativa do trabalho do enfermeiro, responsabilizando-o pela Educação Permanente da equipe de enfermagem e agentes comunitários de saúde, atribuindo-lhe a supervisão, a coordenação e a execução das ações junto a esse grupo.

Torna-se um grande desafio para o enfermeiro na Atenção Básica repensar esse papel diante dos novos paradigmas, sendo necessário repensar sua prática educativa, a partir das concepções que permeiam o processo de trabalho e educação, metodologias empregadas, instrumentos utilizados e que sejam inovadores.

Constatou-se que as práticas educativas tradicionais que valorizam ferramentas palpáveis como programas, reuniões para transmissão de conhecimentos, especialistas com notório saber, salas de aula e equipamentos multimídia, desenvolvidos a partir de uma lógica vertical e temática não tem gerado impacto para a mudança, ao contrário, o que se observa é que as capacitações se distanciam do cotidiano dificultando a transformação do mundo do trabalho, numa relação em que alguém que sabe e o outro que aprende (SILVA; OGATA; MACHADO, 2007).

Estas capacitações se caracterizam por representar uma continuidade do modelo escolar ou acadêmico, centralizado na atualização de conhecimentos, geralmente com enfoque disciplinar, em ambiente didático e baseado em técnicas de transmissão, com fins de atualização; conceituar tecnicamente a prática enquanto campo de aplicação de conhecimentos especializados, como continuidade da lógica dos currículos universitários, produzindo uma distância entre a prática e o saber e uma desconexão do saber como solução dos problemas da prática; ser uma estratégia descontínua de capacitação com rupturas no tempo; serem cursos periódicos sem seqüência

constante; e centradas em cada categoria profissional, praticamente desconsidera a perspectiva das equipes e diversos grupos de trabalhadores (DAVINI, 2009).

Na área da saúde, se distanciando desta concepção, com a finalidade de transformar a prática profissional, a educação tem de ser concebida como uma atividade mediadora entre o indivíduo e a sociedade. Se desenvolve no sujeito que por meio de seu conhecimento, age e transforma o meio em que vive. A educação deve ser um processo dinâmico e contínuo de construção do conhecimento, intermediado pelo pensamento livre, crítico e reflexivo, levando o sujeito, através das relações humanas, transformar a realidade em que vive (PASCHOAL; MANTOVANI; LACERDA, 2006).

Partindo deste entendimento, o enfermeiro tem uma parcela de responsabilidade na construção de processos educacionais nos quais sejam utilizadas metodologias facilitadoras e mediadoras da aprendizagem que permitam a criação, a crítica e a reflexão das práticas. Deve desenvolver competências, mobilizando conhecimentos, habilidades e atitudes, em situações concretas de trabalho, que o levem a articular a prática pedagógica de caráter emancipatório e transformador orientada pela visão crítica e global da sociedade, na perspectiva do cuidado integral e de qualidade (VILLAS BÔAS; ARAÚJO; TIMOTEO, 2008). Neste sentido, a Educação Permanente em Saúde assume papel de destaque.

A proposta para a política de Educação Permanente em Saúde parte do pressuposto da aprendizagem significativa, ou seja, educadores e estudantes têm papéis diferentes dos tradicionais. O professor não é mais a fonte principal da informação (conteúdos), mas facilitador do processo ensino aprendizagem, que deve estimular o aprendiz a ter postura ativa, crítica e reflexiva durante o processo de construção do conhecimento (BRASIL, 2004).

Os conteúdos trabalhados devem ter funcionalidade e relevância para a prática profissional e devem valorizar os conhecimentos prévios do estudante. A aprendizagem significativa pressupõe uma pedagogia diferenciada, que considere cada aprendiz com seus potenciais e dificuldades e que esteja voltada à construção de sentidos, abrindo assim, caminhos para a

transformação e não para a reprodução acrítica da realidade social (BRASIL, 2004).

O desafio da EPS é ter a força de gerar no trabalhador, no seu cotidiano de produção do cuidado em saúde, transformações da sua prática e da organização do trabalho, o que implicaria força de produzir capacidade de problematizar a si mesmo no agir, pela geração de problematização, e de construir novos pactos de convivência e práticas, que aproximem os serviços de saúde dos conceitos da equidade, atenção integral, humanizada e de qualidade (MERHY, 2005).

A concepção de cada profissional determina a opção por ferramentas educativas que se aproximam mais ou menos da EPS. No papel de educador, especialmente o enfermeiro, e dependente da concepção de educação oriunda de sua formação e prática, atuar dentro da lógica da EPS pode se apresentar como o desafio de romper com paradigmas instituídos e incorporar novos conceitos e práticas acerca dos processos educativos que sobrevêm à formação.

Para que a Educação Permanente contribua de fato para uma mudança do modelo de atenção, que seja centrado no cuidado e guiado pela integralidade, o enfermeiro no processo de trabalho educativo precisa ressignificar seus elementos, tomando como objeto o sujeito-trabalhador crítico e reflexivo, dotado de conhecimento prévio capaz de interferir na sua realidade. Seus instrumentos devem ser guiados por metodologias ativas de aprendizagem pautadas na problematização do cotidiano que tenham como finalidade não só a qualificação do trabalhador, mas a organização do trabalho. Além disso, precisa considerar que ele não é o único agente deste processo que deve ser construído e vivido em equipe.

Portanto, é importante que o enfermeiro esteja aberto a mudanças em suas práticas educativas que precisam adquirir características dinâmicas, não lineares, rompendo com o instituído e com a alienação, no compartilhamento de saberes e fazeres. Isto significa caminhar em busca de uma maior horizontalidade das práticas e responsabilização da equipe de saúde, as quais, conseqüentemente, implicarão ganhos ao transformar o

cotidiano das práticas em um espaço de produção de autonomias (VILLAS BÔAS; ARAÚJO; TIMOTEO, 2008).

Mesmo considerando que a Estratégia de Saúde da Família esteja contribuindo para que o enfermeiro construa suas práticas numa perspectiva mais autônoma no sentido de incorporar, tanto no cuidado quanto na gestão, novas competências e tecnologias, maior horizontalização nas relações intra e interinstitucionais, há dificuldades de se observar impacto das ações pedagógicas na melhoria da qualidade da atenção à saúde. Isso nos leva há alguns questionamentos com relação ao papel dos enfermeiros enquanto educadores e torna relevante a indagação: quais seriam as representações sociais dos enfermeiros acerca da Educação Permanente em Saúde e seus desdobramentos no cotidiano de trabalho?

Entendendo que a reformulação do modelo assistencial em saúde deve ser mediada pela EPS e que existem diferentes referenciais teóricos ordenando as práticas educativas do enfermeiro propiciando transformações ou permanências no cuidado à saúde, este estudo teve o propósito de analisar as representações sociais de Educação Permanente que permeiam as práticas educativas do enfermeiro no sentido de apreender os conceitos e instrumentos que este profissional fundamenta suas ações e como elas influenciam o processo de trabalho em saúde. Pretende ainda indicar as potencialidades e fragilidades enfrentadas por este profissional no desenvolvimento destas práticas, na intenção de contribuir para o fortalecimento do papel de educador do enfermeiro na Atenção Primária e na relação com os demais atores que constituem esse campo de prática em saúde.

## **2.5 Representações Sociais: conceitos e pressupostos teóricos**

A teoria das representações sociais, formulada no final dos anos 50 do século XX, se apresenta como uma proposição para interpretação da realidade cotidiana da vida moderna. Ela marca uma nova etapa na história da psicologia ao promover uma ruptura com os modelos positivistas e funcionalistas em vigor na época. Tem suas origens na sociologia de Durkheim e na Antropologia de Levi-Bruhl, além de contribuições da teoria da linguagem

de Saussure, da teoria das representações infantis de Piaget e da teoria do desenvolvimento cultural de Vigotsky (OLIVEIRA; WERBA, 1998).

Em 1912 quando publica “As formas elementares da vida religiosa”, o sociólogo francês Emile Durkheim elabora o conceito de representações coletivas, que na visão deste autor, reúne diferentes formas de pensamento e de saberes partilhados coletivamente (crenças, mitos, ciência, religiões e opiniões) e cuja característica consiste em revelar o que há de irreduzível à experiência individual e que se estende no tempo e no espaço social (NOBREGA, 1990).

Para Durkheim, as representações coletivas se opõem às representações individuais, têm suas leis próprias e pertencem a outra natureza. As representações são coletivas à medida que exercem uma coerção sobre cada indivíduo, levando os homens a pensar e agir de forma homogênea. Esse pensamento partilhado e reproduzido coletivamente transcende o individual, são estáveis na sua transmissão e reprodução e uma vez difundidas transformam-se em autônomas (NOBREGA, 1990).

A teoria durkheimiana marca uma interpretação dicotômica de um social estático e impermeável às mudanças individuais, polarizando o individual e o coletivo, a pessoa e a sociedade e o estável e o instável. São nestas dicotomias que se insere a Teoria das Representações Sociais.

O conceito de representações sociais é introduzido pela primeira vez por Moscovici em seu estudo sobre a representação social da psicanálise “A Psicanálise, sua imagem e seu público”, que tem por objetivo compreender mais profundamente como ocorreu a penetração do novo saber da psicanálise na vida cotidiana da sociedade francesa dos anos 50.

Moscovici, ao contrário de Durkheim, se interessou por um social móvel em que a comunicação é considerada um fenômeno que possibilita convergir os indivíduos numa rede de interação em que qualquer coisa de individual pode tornar-se social e vice versa, sendo nesse processo de comunicação e interação que as representações sociais se elaboram. Para ele, as representações sociais não são nem homogêneas e nem partilhadas por toda a sociedade, uma vez que são forjadas e partilhadas na heterogeneidade da desigualdade social (NOBREGA, 1990).

A cultura moderna é marcada por uma ruptura do pensamento, existindo de um lado o pensamento instruído do científico – ligado à ciência, e do outro lado, o pensamento ingênuo do homem da rua – denominado senso comum. Este último era considerado como um corpus de conhecimento confuso, inconsistente, desarticulado e fragmentado situado em um pólo extremo e oposto ao saber científico. Uma espécie de saber selvagem, profano, ingênuo e até mesmo de mentalidade pré-lógica.

As representações sociais vêm ressignificar este conhecimento, Moscovici elabora uma sociologia do conhecimento do senso comum, ele descobre a estruturação e a natureza particulares a este saber restituindo o status legítimo à produção do conhecimento das massas. Ele define os parâmetros de uma análise científica do que se chama o senso comum, atribuindo uma lógica a esse conhecimento que tem uma organização psicológica autônoma. Além disso, considera que as representações e o saber científico não são opostos, mas sim formas diferentes de saber que se diferenciam pelos seus modos de elaboração e função a que se destinam.

Enquanto a ciência é elaborada através do método científico e tem como função atingir a verdade sobre a natureza para assim dominá-la, as representações sociais são elaboradas no âmbito dos fenômenos comunicacionais que repercutem sobre as interações e mudanças sociais com a finalidade de construir e interpretar o real. Por serem dinâmicas, levam os indivíduos a produzir comportamentos e interações com o meio produzindo modificações.

“A representação social é uma modalidade de conhecimento particular que tem por função a elaboração de comportamentos e a comunicação entre indivíduos” (MOSCOVICI, 1978, p.26).

Outra característica importante a se destacar quando falamos de representação social é que toda representação é sempre uma representação de alguma coisa ou de alguém, processo em que se fundem o conceito e o objeto percebidos no seu caráter imaginante. Para Moscovici (1978) não existe um corte entre o universo exterior e o universo interior do indivíduo ou do grupo, sujeito e objeto não são heterogêneos em seu campo comum.

A representação social tem com seu objeto uma relação de simbolização, substituindo-o e de interpretação, conferindo-lhe significações (JODELET, 2001). Ao precisarmos a natureza do objeto, tornando-o familiar situamos e tornamos presente em nosso interior o que de certo modo estava ausente. Ao tornar-se familiar, o objeto é transformado e se transforma, assim representar um objeto é ao mesmo tempo conhecê-lo e torná-lo significativo (MOSCOVICI, 1978).

Jodelet (2001, p.22) propõe uma definição sintética que diz que a representação social é “uma forma de conhecimento socialmente elaborada e compartilhada, que tem objetivos práticos e contribui para a construção de uma realidade comum a um grupo social”.

Moscovici (1978) considera que coexistem nas sociedades contemporâneas duas classes distintas de universos de pensamento: os universos reificados e os universos consensuais.

Os universos reificados são onde se produzem e circulam as ciências e os pensamentos eruditos em geral, com sua objetividade, seu rigor lógico e metodológico, sua compartimentalização em especialidades e sua estratificação hierárquica.

Os universos consensuais correspondem as atividades intelectuais da interação social cotidiana pelas quais são produzidas as representações sociais e onde se elaboram as teorias do senso comum. A matéria prima para a construção de muitas realidades consensuais provém dos universos reificados.

Quanto à estrutura, as representações se configuram ao longo de três dimensões: informação, campo de representação e atitude. Estas três dimensões fornecem um panorama do conteúdo e do sentido da representação. Como explica Moscovici (1978, p. 96) “... a presença social de uma ciência é percebida por um sujeito em função do grupo a que pertence, da informação que ele possui e de sua atitude a respeito da ciência”.

A informação relaciona-se ao conjunto de conhecimentos que um grupo social possui a respeito de um objeto social. O campo social remete à idéia de imagem, de modelo social, é o conteúdo concreto e limitado de proposições acerca de um aspecto preciso do objeto da representação. A

atitude focaliza a orientação global do sujeito em relação ao objeto da representação social.

A atitude é a mais freqüente das três dimensões e, talvez, geneticamente a primeira. Uma pessoa “se informa e se representa alguma coisa unicamente depois de ter adotado uma posição, e em função da posição tomada” (MOSCOVICI, 1978, p.74).

Enquanto fenômeno psicossocial, para Moscovici as representações sociais respondem a duas funções: contribuir com os processos de formação de condutas e de orientação das comunicações sociais.

As representações sociais são:

...um sistema de valores, idéias e práticas, com uma dupla função: primeiro, estabelecer uma ordem que possibilitará às pessoas orientar-se em seu mundo material e social e controlá-lo; e em segundo lugar, possibilitar que a comunicação seja possível entre os membros de uma comunidade, fornecendo-lhes um código para nomear e classificar, sem ambigüidade, os vários aspectos de seu mundo e da sua história individual e social (MOSCOVICI, 2003 p.21).

Posteriormente, em 1994, Abric acrescentou mais duas funções: a identitária e a justificadora.

- *Função de formação de conduta*: permite compreender e explicar a realidade. Permite aos atores sociais adquirir conhecimentos e integrá-los a um quadro assimilável e compreensível para eles. Ela facilita e é condição necessária para a comunicação social.
- *Função de orientação*: as representações sociais guiam os comportamentos e práticas, intervêm diretamente na definição da finalidade da situação, determinando assim o tipo de relações pertinentes aos sujeitos.
- *Função Identitária*: define a identidade e permite a preservação da especificidade dos grupos. As representações definem a identidade de um grupo e desempenha importante papel no controle social exercido pela coletividade sobre cada um de seus membros.
- *Função justificatória*: as representações sociais permitem justificar as tomadas de posição e os comportamentos. Intervêm permitindo aos



atores explicar e justificar suas condutas em uma situação ou em relação aos seus participantes.

Sendo elaboradas através e nas dinâmicas de comunicação, as representações são responsáveis pelo duplo papel na sua própria formação, de tornar o estranho familiar e o invisível perceptivo, o que implica em dominar a realidade pela integração cognitiva do novo. Através da representação se torna possível a reconstrução da realidade pela interpretação dos elementos constitutivos do meio ambiente, em uma dimensão ordenada e significativa para os atores de um grupo social. Esta interpretação da realidade constitui a visão de mundo para certa coletividade (NOBREGA, 1990).

A elaboração e funcionamento de uma representação podem ser compreendidos através dos processos de objetivação e ancoragem e pelas condições sociais em que são forjadas.

A objetivação consiste em materializar as idéias, tornando o abstrato em concreto, dando corpo ao pensamento, ou seja, transformando em objeto o representado. Para Moscovici (1978, p.289) a objetivação designa a passagem de conceitos e idéias para esquemas ou imagens concretas.

Pode-se classificar em três fases o processo de objetivação (NOBREGA, 1990):

1- *A construção seletiva e descontextualização*: é o mecanismo utilizado pelo grande público para se apropriar de determinado corpus teórico científico, selecionando os elementos a partir dos quais as informações são formadas enquanto fatos próprios ao universo do senso comum. A seleção dos elementos é feita em função de critérios culturais e normativos comuns.

2- *A esquematização estruturante ou núcleo figurativo*: é o elemento mais estável da representação. Constitui-se num complexo de imagens que reproduzem um conjunto de idéias e a partir dele se introduz o conceito de núcleo central, que é o elemento fundamental da representação, pois é ele que determina ao mesmo tempo a significação e a organização da representação.

3- *Naturalização*: consiste na concretização dos elementos do modelo figurativo numa realidade tangível dando-lhe uma existência palpável.

O conceito deixa de ser idéia ou simbolização da imagem para se tornar autônoma, “confere uma realidade plena ao que era uma abstração” (MOSCOVICI, 1978, p. 127).

A ancoragem está dialeticamente articulada à objetivação para garantir as três funções fundamentais da representação: incorporação do estranho ou novo, interpretação da realidade e orientação dos comportamentos. Ela permite a incorporação do novo ou do que é desconhecido em uma rede de categorias usuais.

Para JODELET (2001, p.38) a ancoragem “enraíza a representação e seu objeto numa rede de significações que permite situá-los em relação aos valores sociais e dar-lhes coerência”.

A ancoragem é também organizada em três condições estruturantes (NOBREGA, 1990):

1- *Atribuição de sentido*: o enraizamento de um objeto e sua representação em um grupo ou em uma determinada sociedade se apóia em uma rede de significações, em que são articulados e hierarquizados os valores já existentes na cultura, ou seja, o pensamento constituinte se apóia sobre o pensamento constituído.

2- *Instrumentalização do saber*: confere um valor funcional a estrutura imageante da representação à medida que esta se torna uma teoria de referência para os indivíduos compreenderem a realidade.

3- *Enraizamento no sistema de pensamento*: as representações sociais de inscrevem num sistema de idéias pré existentes. O caráter criador do que é novo entra em contato com as modalidades de pensamento mais antigas e opera sobre elas novas interpretações da realidade.

O modo como os fatores sociais influenciam a construção do meio poderá determinar os processos de objetivação e ancoragem das representações sociais.

Segundo Moscovici (1978), para se compreender a evolução, a organização do conteúdo e a extensão de uma representação é preciso integrá-la como elemento da dinâmica social e olhá-la como determinada pela estrutura da sociedade onde se desenvolve. Esta estrutura vai determinar as

fragmentações, as diferenciações, assim como as relações de dominação o que leva a diferentes representações de um mesmo objeto.

O indivíduo exerce papel fundamental na elaboração das representações. Ele atua como sujeito já que está inserido em um contexto social e cultural definido, possuindo e construindo uma história pessoal e social.

O fenômeno das representações sociais envolve a desconstrução da dicotomia entre individual e coletivo, ou seja, torna-se importante a compreensão de que o pensamento individual enraíza-se no social, interrelacionando mutuamente e sofrendo transformações (SPINK, 1993).

Os estudos das representações sociais tem tido um papel importante na área da saúde, justamente por preocupar-se com a subjetividade do cotidiano e com as relações que a permeiam. As representações sociais permitem expor as concepções individuais, do grupo e de sua relação com o mundo social. Exploram a interface entre o senso comum e o pensamento científico, sendo este último, concebido na área da saúde, como o corpo de conhecimentos ou as relações com o grupo detentor do saber.

Por ser a representação social um modo de pensamento sempre ligado à ação, constitui-se na própria construção da realidade e define a prática profissional, por isso se constitui um referencial importante e oportuno para olhar para o objeto de estudo deste trabalho – a Educação Permanente e sua relação com o processo de trabalho em saúde – processos que também se dão nas relações dos sujeitos – sujeitos – realidade, permeadas pela visão de mundo das coletividades e definindo as ações e práticas transformadoras (ou não) desta realidade.

### **3. OBJETIVOS**

---

#### **3.1 Objetivo geral**

- Analisar as Representações Sociais de Educação Permanente em Saúde dos enfermeiros da Saúde da Família.

#### **3.2 Objetivos específicos**

- Analisar a inserção do enfermeiro nos processos de Educação Permanente.
- Analisar como as ações educativas do enfermeiro influenciam na dinâmica dos processos de trabalho na Saúde da Família.
- Identificar potencialidades e fragilidades nas ações destes enfermeiros no desenvolvimento de suas atividades educativas.

## 4. TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

---

### 4.1 Tipo de estudo

Tendo como objeto de estudo desta pesquisa as Representações Sociais de Educação Permanente em Saúde, considerando a natureza social deste objeto e a representação social como “uma forma de pensamento socialmente elaborada e compartilhada, que tem objetivos práticos e contribui para a construção de uma realidade comum a um grupo social” (JODELET, 2001, p. 22), optou-se pela abordagem qualitativa.

Segundo Minayo (2007, p.57), o método qualitativo,

é o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmo, sentem e pensam.

A pesquisa qualitativa propicia ao pesquisador incorporar e captar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais. Visa compreender a lógica interna de grupos e atores quanto à valores culturais e representações sobre sua história e temas específicos, o seu universo é o cotidiano e as experiências do senso comum, interpretadas e re-interpretadas pelos sujeitos que as vivenciam (MINAYO, 2007).

### 4.2 Campo do estudo

O campo, na pesquisa qualitativa, pode ser definido como o “recorte espacial que diz respeito à abrangência, em termos empíricos, do recorte teórico correspondente ao objeto da investigação” (MINAYO, 2007, p. 201). É nele que a interação social entre sujeitos e pesquisador acontece criando condições para o conhecimento da realidade.

Esta pesquisa teve como campo de estudo os cinco municípios com menos de 55 mil habitantes que compõem o Colegiado Regional de

Gestão (CGR) Coração de abrangência do Departamento Regional de Saúde III de Araraquara (DRS III) da Secretaria do Estado de Saúde de São Paulo. O CGR Coração é composto por seis municípios, São Carlos, Descalvado, Dourado, Ibaté, Porto Ferreira e Ribeirão Bonito. O município de São Carlos possui mais de 200.000 habitantes e por entender que os outros municípios menores enfrentam realidades semelhantes em relação às questões de saúde optou-se por fazer este recorte.

Participaram do estudo os municípios de Descalvado, Dourado, Ibaté, Porto Ferreira e Ribeirão Bonito. Segundo a projeção da Fundação SEADE- 2011, a região tem uma população de 135.044 habitantes, sendo 67.672 homens e 67.732 mulheres. Porto Ferreira é o maior município e Dourado o menor, sendo que a diferença populacional entre os dois é de pouco mais de 40.000 habitantes.

O quadro a seguir mostra a distribuição populacional por sexo destes municípios.

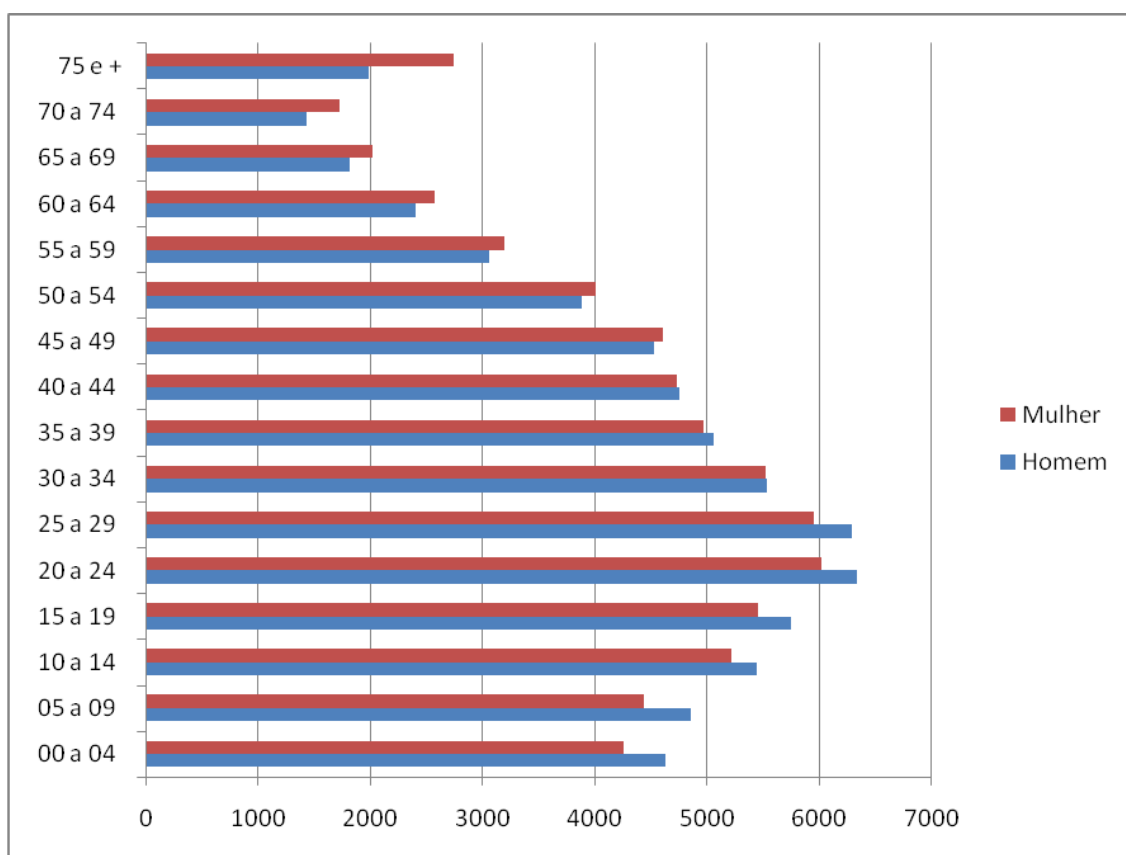
**Quadro 1-** População residente por sexo nos municípios com menos de 55 mil habitantes do CGR Coração do DRS III, no ano de 2011.

<b>Município</b>	<b>População Residente</b>	<b>Homens</b>	<b>Mulheres</b>
Descalvado	31.262	15.431	15.831
Dourado	8.610	4.365	4.245
Ibaté	31.165	16.034	15.131
Porto Ferreira	51.787	25.695	26.092
Ribeirão Bonito	12.220	6.147	6.073
<b>Total</b>	<b>135.044</b>	<b>67.672</b>	<b>67.732</b>

Fonte: Fundação Seade – 2011

A análise do perfil demográfico por sexo e idade mostra que a proporção de mulheres em relação a de homens se inverte a partir da faixa etária de 45 a 49 anos predominando o número de mulheres, principalmente na faixa acima de 75 anos. Percebe-se também um equilíbrio entre a base e o ápice do gráfico evidenciando uma transição demográfica com tendência ao envelhecimento da população e conseqüente mudança do perfil epidemiológico, com prevalência das doenças crônico degenerativas.

**Gráfico 1-** Distribuição da população residente nos municípios com menos de 55 mil habitantes do CGR Coração do DRS III, por faixa etária, no ano de 2011.



Fonte: Fundação Seade – 2011.

**Quadro 2-** Distribuição da população residente nos municípios com menos de 55 mil habitantes do CGR Coração do DRS III, por faixa etária, no ano de 2011.

Idade (anos)	Descalvado	Dourado	Ibaté	Porto Ferreira	Ribeirão Bonito
0 a 4	1.804	477	2.305	3.368	926
5 a 9	1.915	532	2.387	3.521	930
10 a 14	2.373	603	2.762	3.886	1.021
15 a 19	2.504	710	2.775	4.160	1.050
20 a 24	2.746	721	3.209	4.552	1.126
25 a 29	2.794	699	3.066	4.619	1.058
30 a 34	2.465	649	2.702	4.259	972
35 a 39	2.368	624	2.287	3.842	902
40 a 44	2.186	595	2.130	3.723	837
45 a 49	2.165	606	1.996	3.619	540
50 a 54	1.918	572	1.578	3.189	626
55 a 59	1.630	455	1.205	2.417	533
60 a 64	1.238	410	899	1.956	421
65 a 69	999	282	637	1.558	343

70 a 74	794	264	574	1.241	274
75 e +	1.318	411	653	1.877	461
Total:	31.262	8.610	31.165	51.787	12.220

Fonte: Fundação Seade – 2011.

A região apresenta densidade demográfica média de 85,81 habitantes/Km<sup>2</sup>, abaixo da apresentada pelo Estado de São Paulo que é de 167,97 habitantes/Km<sup>2</sup>. O município com menor densidade é Ribeirão Bonito com 25,92 habitantes/Km<sup>2</sup> e o com maior densidade é Porto Ferreira com 212,32 habitantes/Km<sup>2</sup>.

**Quadro 3-** Densidade demográfica dos municípios com menos de 55 mil habitantes do CGR Coração do DRS III e do estado de São Paulo, no ano de 2011.

	Densidade Demográfica (hab/Km <sup>2</sup> )
Descalvado	41,39
Dourado	41,8
Ibaté	107,64
Porto Ferreira	212,32
Ribeirão Bonito	25,92
Estado de São Paulo	167,97

Fonte: Fundação Seade – 2011.

Em relação à ocupação de seus trabalhadores, os municípios apresentam certa homogeneidade onde os vínculos empregatícios se concentram na agropecuária, indústria e serviços. Destaca-se Ibaté e Porto Ferreira que concentram os vínculos empregatícios no comércio, indústria e serviços. Vale ressaltar que diferentemente do Estado de São Paulo em que a agropecuária representa menos de 3% dos vínculos empregatícios, esta é uma região onde o setor é representativo.



**Quadro 4-** Porcentagem da população com vínculo empregatício por setor da economia nos municípios com menos de 55 mil habitantes do CGR Coração do DRS III no ano de 2010.

<b>Setor da economia</b>	<b>Descalvado</b>	<b>Dourado</b>	<b>Ibaté</b>	<b>Porto Ferreira</b>	<b>Ribeirão Bonito</b>	<b>Média do CGR</b>	<b>SP</b>
Agropecuária	13,5	24,98	5,83	2,21	24,24	14,15	2,57
Indústria	31,19	23,49	34,41	41,10	17,63	29,56	22,53
Const. Civil	9,45	0,25	3,84	3,91	3,97	4,28	4,92
Comércio	18,48	16,39	24,35	22,66	12,62	18,9	19,47
Serviços	27,38	34,89	31,56	30,13	41,54	33,1	50,5

Fonte: Fundação Seade - 2010

Quanto aos indicadores socioeconômicos, a região apresenta certa homogeneidade. No Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), indicador que analisa o município a partir da relação entre esperança de vida ao nascer, número médio de anos de estudo, taxa de analfabetismo e renda familiar 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 (FUNDAÇÃO SEADE, 2012), a região possui municípios com médio e alto desenvolvimento humano.

No índice Paulista de Responsabilidade Social (IPRS), indicador que sintetiza a situação de cada município no que diz respeito a riqueza, escolaridade e longevidade em cinco grupos, sendo que no grupo 1 estão aqueles municípios que se caracterizam por um nível elevado de riqueza com bons níveis nos indicadores sociais, no grupo 2 municípios que, embora com níveis de riqueza elevados, não são capazes de atingir bons indicadores sociais, no grupo 3 municípios com nível de riqueza baixo, mas com bons indicadores sociais, no grupo 4 municípios que apresentam baixos níveis de riqueza e níveis intermediários de longevidade e/ou escolaridade e no grupo 5 municípios mais desfavorecidos do Estado, tanto em riqueza como nos indicadores sociais (FUNDAÇÃO SEADE, 2012). A região possui municípios inseridos nos grupos 2 e 4, sendo Descalvado e Porto Ferreira os com melhor classificação. Vale ressaltar que de 2002 para 2008 houve decréscimo nos

indicadores sociais de todos os municípios, tanto os municípios com bons níveis de riqueza como os com baixos níveis de riqueza não conseguiram atingir bons indicadores sociais.

**Quadro 5-** IPRS e IDH nos municípios com menos de 55 mil habitantes do CGR Coração do DRS III por ano de aferição.

Indicador	Ano	Descalvado	Dourado	Ibaté	Porto Ferreira	Ribeirão Bonito	SP
IPRS	2002	1	3	4	1	3	
IPRS	2008	2	4	4	2	4	
IDH	2000	0,820	0,780	0,790	0,802	0,781	0,814

Fonte: Fundação Seade

Quando analisada a mortalidade infantil por mil nascidos vivos, apenas o município de Ribeirão Bonito tem índice maior que do DRS e do Estado de São Paulo, os outros municípios mantêm índices similares, destacando-se Descalvado que apresenta mortalidade infantil bem abaixo da média da região e do Estado. Vale ressaltar que embora estes municípios apresentem bom desempenho neste indicador, ele não é utilizado para o cálculo do IPRS, evidenciando a necessidade de investimentos na qualificação de outros indicadores sociais.

**Quadro 6-** Nascidos vivos, óbitos e taxa de mortalidade infantil nos municípios com menos de 55 mil habitantes do CGR Coração, do DRS III, e do Estado de São Paulo – 2010.

	Nascidos vivos	Óbitos infantis	Mortalidade infantil
Descalvado	350	1	2,9
Dourado	89	1	11,2
Ibaté	486	4	8,2
Porto Ferreira	686	8	11,7
Ribeirão Bonito	197	3	15,2
DRS III	11.771	132	11,2
Estado de São Paulo	601.345	7.129	11,9

Fonte: Fundação Seade – 2010.

Outros indicadores relativos ao nascimento mostram que, no ano de 2010, Ibaté e Porto Ferreira possuíam taxa de natalidade maior que a do Estado de São Paulo; o único município que apresenta porcentagem de gestação na adolescência bem menor que a do Estado é Dourado, todos os outros municípios apresentam porcentagens maiores. Todos os municípios realizam mais partos operatórios que a média do Estado, ressaltando que todos contam com leito obstétrico conveniado ao SUS.

**Quadro 7-** Principais indicadores de nascimento nos municípios com menos de 55 mil habitantes do CGR Coração, no ano de 2010.

<b>Indicador</b>	<b>Descalvado</b>	<b>Dourado</b>	<b>Ibaté</b>	<b>Porto Ferreira</b>	<b>Ribeirão Bonito</b>	<b>SP</b>
Taxa Natalidade/ 1.000 hab.	11,28	10,34	15,83	13,36	16,24	14,59
Mães com menos 18 anos (%)	8,29	3,33	10,91	8,16	11,17	6,96
Partos cesáreos (%)	68,57	86,52	79,22	62,39	76,65	58,70

Fonte: Fundação Seade – 2010.

Em todos os municípios da região o abastecimento de água e a rede de esgotos contemplam acima de 95% da população residente.

Em relação à assistência à saúde dos municípios estudados percebe-se que todos contam com atendimento hospitalar. Em relação à Atenção Básica, percebe-se uma divergência entre o número de unidades de saúde relacionadas pelo DATASUS e pela DRS III. Durante a fase de coleta de dados foi possível constatar que os dados da DRS III retratam a realidade.

**Quadro 8-** Elementos da rede assistencial dos municípios com menos de 55 mil habitantes do CGR Coração, conforme dados do CNES, relativos a abril 2012.

	<b>Descalvado</b>	<b>Dourado</b>	<b>Ibaté</b>	<b>Porto Ferreira</b>	<b>Ribeirão Bonito</b>
UBS/Centro de saúde	10	1	8	10	4
Unidade mista	-	-	-	-	-
Pronto Atendimento	1	-	-	1	-
Pronto Socorro	-	1	-	-	1
Hospitais	1	1	1	1	1
Posto saúde	-	2	-	-	-

Fonte: DATASUS

**Quadro 9-** Quantidade de equipes de saúde da família, unidades básicas de saúde e unidades básicas com Programas de Agentes Comunitários de Saúde nos municípios com menos de 55 mil habitantes do CGR Coração, 2011.

	<b>Descalvado</b>	<b>Dourado</b>	<b>Ibaté</b>	<b>Porto Ferreira</b>	<b>Ribeirão Bonito</b>
UBS	-	-	1	4	-
UBS com PACS	1	3	-	1	-
ESF	6	-	6	4	5

Fonte: DRS III, 2011.

Todos os municípios possuem cobertura por agentes comunitários de saúde, embora haja grandes diferenças na proporção de cobertura populacional que varia de 35,59% em Porto Ferreira a 100% em Dourado e Ribeirão Bonito. Exceto Dourado, os municípios também contam com equipes de saúde da família, sendo que a cobertura populacional também varia bastante.

**Quadro 10-** Proporção de cobertura populacional estimada por equipes de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde nos municípios com menos de 55 mil habitantes do CGR Coração, em abril 2012.

	<b>Descalvado</b>	<b>Dourado</b>	<b>Ibaté</b>	<b>Porto Ferreira</b>	<b>Ribeirão Bonito</b>
Cobertura ESF (%)	88,40	-	55,53	26,69	100
Cobertura ACS (%)	95,77	100	55,53	35,59	100

Fonte: MS/SAS/DAB e IBGE

Em relação ao perfil epidemiológico, quando analisamos a morbidade hospitalar, as questões do ciclo gravídico e puerperal são a primeira causa de internação refletindo os altos índices de parto operatório praticados nos municípios, como explicitado no quadro 7. As segundas e terceiras causas são mais diversificadas tendo um predomínio das doenças do aparelho respiratório e digestivo.

Quanto à mortalidade, os municípios apresentam situação semelhante em que as doenças do aparelho circulatório alternam-se entre primeira e segunda causa de óbito.

Analisando as causas de internação e óbito na região estudada percebe-se que elas estão fortemente ligadas ao estilo de vida, sendo passíveis de intervenções na atenção básica, principalmente nos níveis de promoção e prevenção à saúde.

**Quadro 11-** Perfil de morbidade hospitalar e mortalidade nos municípios com menos de 55 mil habitantes do CGR Coração, por ano de aferição.

<b>Condição de Saúde</b>		<b>Descalvado</b>	<b>Dourado</b>	<b>Ibaté</b>	<b>Porto Ferreira</b>	<b>Ribeirão Bonito</b>
Morbidade Hospitalar (2009)	1º	Gravidez, parto e puerpério	Gravidez, parto e puerpério	Gravidez, parto e puerpério	Gravidez, parto e puerpério	Gravidez, parto e puerpério
	2º	Doenças do aparelho respiratório	Neoplasias	Doenças do aparelho respiratório	Causas externas	Doenças do aparelho digestivo
	3º	Doenças do aparelho circulatório	Doenças do aparelho digestivo	Doenças do aparelho digestivo	Doenças do aparelho geniturinário	Doenças do aparelho respiratório
Mortalidade (2008)	1º	Doenças do aparelho circulatório	Doenças do aparelho circulatório	Doenças do aparelho circulatório	Demais causas definidas	Doenças do aparelho circulatório
	2º	Neoplasias	Demais causas definidas	Demais causas definidas	Doenças do aparelho circulatório	Demais causas definidas

Fonte: DATASUS

As informações apresentadas tiveram a intenção de descrever as principais características da região estudada a fim de permitir o conhecimento do contexto em que as equipes de saúde estão inseridas, em especial as equipes de saúde da família.

### 4.3 Sujeitos da pesquisa

Optamos por trabalhar com os enfermeiros de Saúde da Família e do Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS) dos municípios selecionados por entender que eles são sujeitos sociais que detêm os atributos e experiências a que esta pesquisa se detém (MINAYO, 2007).

O universo era composto por 27 enfermeiros assim distribuídos. Descalvado 8, Dourado 3, Ibaté 5, Porto Ferreira 6 e Ribeirão Bonito 5. Todos

foram convidados a participar pretendendo apreender um retrato global deste grupo de indivíduos (PIRES, 2008). Participaram do estudo 24 enfermeiros sendo que 2 estavam afastados do trabalho no período de coleta de dados e 1 se recusou a participar.

A fim de garantir o anonimato dos sujeitos, eles foram identificados pela locução “Ind” seguido dos números 1,2,3,...24, respectivamente e os municípios pelas vogais “A”, “E”, “I”, “O”, “U”.

#### **4.4 Coleta de dados**

A primeira aproximação com o intuito de apresentar o projeto e obter autorização para a realização da pesquisa foi feita com os gestores municipais, em outubro de 2011, sendo que todos assinaram autorização formal.

Foi realizada uma primeira abordagem por telefone com os enfermeiros e esta conversa foi apresentada a pesquisa e seus objetivos e os profissionais foram convidados a participar. Em caso de aceite, foi feito o agendamento do encontro que aconteceu no local de trabalho dos sujeitos, em dia e horário previamente acordados.

Foram realizadas entrevistas semi estruturadas nos meses de dezembro de 2011 e janeiro de 2012, que foram gravadas e posteriormente transcritas na íntegra pela própria pesquisadora. Antes de cada entrevista os sujeitos foram esclarecidos sobre a pesquisa e seus objetivos e procedeu-se à leitura e assinatura do Termo de Compromisso Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO) sendo que uma via foi entregue ao entrevistado e outra foi arquivada pela pesquisadora.

Optou-se por utilizar a entrevista como instrumento para coleta de dados por entender que estas constituem uma porta de acesso às realidades sociais (POUPART, 2008). Ela é considerada técnica fundamental para as pesquisas de caráter qualitativo pela expectativa de intercâmbio entre pesquisador e sujeito numa relação que favorece a investigação (MINAYO, 2007).

Para a representação social a produção discursiva utilizando a linguagem é essencial. De acordo com Pereira (2005) a representação se transmite, se desenvolve e se transforma através da palavra. A linguagem é o meio que levam as coisas a produzirem sentido e onde os pensamentos, as idéias e os sentimentos são representados na cultura e na coleta de dados.

A fala tem a possibilidade de “ser reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos (sendo ela mesmo um deles) e, ao mesmo tempo, tem a magia de transmitir, por meio de um porta-voz, as representações grupais, em condições históricas, socioeconômicas e culturais específicas” (MINAYO, 2007).

Utilizou-se entrevistas semi estruturadas através de um roteiro, instrumento que orientou o diálogo no sentido de possibilitar a aproximação e o conhecimento do objeto de estudo.

Foram coletados dados que permitiram traçar um breve perfil dos entrevistados onde se identificou: sexo, idade, tempo de formação, aprimoramento profissional, tempo de atuação na saúde da família e tipo de contrato de trabalho.

Na segunda parte da entrevista, as questões norteadoras referiram-se diretamente aos sujeitos permitindo a busca da subjetividade e foram as seguintes:

- 1) Como você avalia a seu papel / participação nas atividades educativas realizadas na Unidade?
- 2) Como enfermeiro, quais facilidades / vantagens que ajudam a prática educativa do enfermeiro?
- 3) Como enfermeiro, quais as dificuldades para a realização destas atividades?
- 4) Quais sugestões / estratégias para superação destas dificuldades?
- 5) De que forma estas atividades educativas influenciam na prática de trabalho do profissional de nível superior (médico, enfermeiro e dentista)?



6) De que forma estas atividades educativas influenciam na prática de trabalho do profissional de nível médio (auxiliares e técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde)?

7) Qual a avaliação dos profissionais em relação a estas atividades educativas?

8) Pra você qual a concepção que a equipe tem de Educação Permanente em Saúde (EPS)?

9) O que é EPS para você?

Vale ressaltar que o fato de trabalhar com questões norteadoras não significou que a pesquisadora se restringiu as estas questões, elas foram pontos de partida. De acordo com que o entrevistado ia respondendo a pesquisadora estimulou complementações com o objetivo de apreender o que se passava no pensamento do entrevistado.

Nas entrevistas procurou-se estimular a máxima espontaneidade nas falas emitidas fazendo intervenções somente para orientar a conversa, quando esta se distanciava muito das questões norteadoras ou quando era preciso o esclarecimento de dúvidas ou o aprofundamento dos discursos.

Com o conjunto de entrevistas obteve-se amplo painel que retratou as diversas experiências e pontos de vistas.

#### **4.5 Aspectos éticos**

O presente estudo representa parte da terceira fase do projeto de pesquisa intitulado “Dimensão Educativa do trabalho do enfermeiro na atenção básica em saúde: concepções e práticas” vinculada ao Edital Universal MCT/CNPq Nº014/2010. Previamente à coleta de dados o projeto foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Araraquara (CEP – FOAr) tendo sido aprovado em 04 de novembro de 2011 (APÊNDICE A) cumprindo assim, as normas do Conselho Nacional de Saúde, referentes à participação de seres humanos em estudos dessa natureza (Resolução 196/96).

#### 4.6 Análise dos dados

O conjunto dos dados das entrevistas foi analisado segundo as técnicas de análise categorial temática e análise lexical de conteúdo realizada pelo software ALCESTE 4.5 (Análise Lexical por Contexto por um Conjunto de Segmentos de Textos).

Optou-se por utilizar os dois métodos de análise por considerar que eles se complementam. A análise temática confere maior subjetividade e maior nível de detalhamento, enquanto a análise lexical pelo software garante uma descrição mais variada dos conteúdos discursivos (OLIVEIRA, et al, 2003).

Primeiramente foi realizada análise temática definindo-se e agrupando os temas que emergiram dos dados empíricos. Em seguida realizou-se a análise lexical e estes produtos foram comparados dando origem às categorias empíricas apresentadas mais abaixo. Seguir esta ordem de análise se mostrou essencial para o estudo, pois considerando que a análise informatizada oferece classes léxicas, semelhantes a categorias, se feita num primeiro momento poderia contaminar a dedução e inferência de temas provenientes da análise manual.

Para Minayo (2007) as categorias empíricas são aquelas construídas a partir do trabalho de campo e tem a propriedade de conseguir apreender as determinações e as especificidades que se expressam na realidade.

A técnica de análise categorial temática de dados baseia-se na noção de tema. A noção de tema está ligada a uma afirmação a respeito de determinado assunto. Ela comporta um conjunto de relações e pode ser graficamente apresentada através de uma palavra, de uma frase, de um resumo (MINAYO, 2007).

De acordo com Bardin (2008), fazer uma análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou freqüência signifiquem alguma coisa. Operacionalmente ele desdobra-se nas seguintes etapas:

**1ª) Pré – análise:** consiste na escolha dos documentos a serem analisados e na retomada das hipóteses e dos objetivos iniciais da pesquisa. Ela pode ser decomposta nas seguintes tarefas:

- Leitura flutuante: consiste em tomar contato direto e intenso com o material, deixando-se impregnar pelo seu conteúdo.

- Constituição do corpus: organização do material para que possa responder a algumas normas de validade como exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência.

- Formulação e reformulação de hipóteses e objetivos: deve-se retomar às hipóteses e objetivos, tendo a possibilidade de correção de rumos interpretativos ou abertura de novas indagações.

Na fase pré- analítica determinam-se a unidade de registro (palavra chave ou frase), a unidade de contexto (delimitação do contexto de compreensão da unidade de registro), os recortes, a forma de categorização, a modalidade de codificação e os conceitos teóricos mais gerais que nortearão a análise.

**2ª) Exploração do material:** consiste essencialmente numa operação classificatória que visa alcançar o núcleo de compreensão do texto. Trabalha-se com as unidades de registro, agregando-a, buscando as áreas temáticas a serem analisadas.

**3ª) Tratamento dos resultados obtidos e interpretação:** consiste da análise das áreas temáticas a partir da busca de significados, interrelacionando-as com o quadro teórico desenhado inicialmente.

A análise lexical de conteúdo foi realizada pelo software ALCESTE 4.5 que recorre à classificação estatística contida nos enunciados que constituem o texto, de forma a organizar e resumir informações consideradas mais relevantes, e possui como referência em sua base metodológica a abordagem conceitual dos mundos lexicais (SOARES, 2005).

Essa técnica estatística possibilita identificar o que há de comum nas diferentes visões do objeto estudado, visões essas que estão presentes ao longo do texto, permitindo a identificação dos núcleos de sentido cuja combinação forma a representação veiculada pelo texto (OLIVEIRA, GOMES, MARQUES, 2005).

O programa toma como base um único arquivo onde se deve indicar as unidades de contexto iniciais (u.c.i.) e preparar este arquivo segundo certas regras. A definição das u.c.i. é feita pelo pesquisador de acordo com a natureza da pesquisa. Cada entrevista é uma unidade de contexto inicial e um conjunto de unidades de contexto iniciais constitui um corpus de análise (CAMARGO, 2005).

Na presente pesquisa foi definido um corpus de análise constituído pelas 24 entrevistas. Cada entrevista constituiu uma u.c.i. que iniciavam com uma linha de comando. Esta linha informa o número de identificação do entrevistado e algumas variáveis importantes para o delineamento da pesquisa que consistiram na idade, tempo de formação, aprimoramento profissional, tempo de atuação na saúde da família, município do entrevistado e tipo de contrato de trabalho. Cada variável foi identificada com uma locução e seus intervalos por números (APÊNDICE B).

Após reconhecer as indicações das u.c.i. o programa ALCESTE divide o material em unidades de contexto elementares (u.c.e.) de tamanhos equivalentes, que são segmentos do texto dimensionadas pelo programa em função do tamanho do corpus. Ele retém como lexemas as palavras ditas plenas e constrói um quadro lexical inteiro, cruzando as u.c.e. e seus lexemas para calcular uma classe de u.c.e., de forma que a variância intra classe seja minimizada (OLIVEIRA, GOMES, MARQUES, 2005).

Esse processo resulta na identificação de polaridades no uso das palavras, aquelas que são mais características ou menos características daquela classe. Estas polaridades poderão ser tomadas pelo pesquisador como dados brutos nos quais poderá apoiar sua interpretação. Para isso as bases lexicais das chamadas palavras plenas (as palavras portadoras de sentido) ao mesmo tempo em que opera uma redução do vocabulário por eliminação dos marcadores de sintaxe, das desinências de conjugação e de alguns sufixos, de forma a guardar somente as raízes significantes (OLIVEIRA, GOMES, MARQUES, 2005).

Tendo como base referencial Camargo (2005) descreve-se as etapas de análise realizadas pelo programa.

Iniciada a análise o programa executa quatro etapas (A,B,C e D), cada uma contendo três operações, exceto a última que contém cinco operações.

#### ETAPA A: *Leitura do texto e cálculo dos dicionários*

Esta etapa consiste da preparação do corpus em que é realizado o reconhecimento das u.c.i., faz uma primeira segmentação do texto, agrupa as ocorrências das palavras em função de suas raízes e procede ao cálculo da frequência das formas reduzidas.

Operações:

A1- Re-formatação e divisão do texto em segmentos de tamanho similar (u.c.e.).

A2- Pesquisa do vocabulário e redução das palavras com base em suas raízes (formas reduzidas).

A3- Criação do dicionário de formas reduzidas.

O programa faz também uma distinção entre as palavras instrumento e as palavras analisáveis. As palavras analisáveis são aquelas mais relevantes para a discussão dos conteúdos representacionais. As palavras instrumento são os artigos, as preposições, as conjunções, entre outras, que embora sejam essenciais para a organização do texto, não o são para a análise do conteúdo.

ETAPA B: *Cálculo das matrizes de dados e classificação das u.c.e.*

Esta é uma etapa de cálculos. Procede-se a classificação das u.c.e. em função dos seus respectivos vocábulos e o conjunto é repartido em função da frequência das formas reduzidas. A partir do cruzamento das u.c.e. e das formas reduzidas através do teste do qui-quadrado ( $\chi^2$ ), aplica-se o método de classificação hierárquica descendente (CHD) e obtém-se uma classificação definitiva.

Operações:

B1- Seleção das u.c.e. a serem consideradas e cálculo das formas reduzidas X u.c.e.

B2- Cálculo das matrizes de dados para a CHD.

B3- Classificação Hierárquica Descendente.

ETAPA C: *Descrição das classes de u.c.e.*

Esta etapa fornece os resultados mais importantes. O programa apresenta o dendograma da CHD que ilustra as relações entre as classes obtidas. Através de cálculos complementares fornece resultados que permite a descrição de cada uma das classes pelos seus léxicos característicos e pelas variáveis. Além disso, fornece outra forma de apresentação dos resultados, através de uma análise fatorial de correspondência.

Operações:

C1- Definição das classes escolhidas.

C2- Descrição das classes.

C3- Análise Fatorial de Correspondência (representação das relações entre as classes num plano fatorial).

Vale ressaltar que na caracterização das classes, os quadros de perfis, composto pelos léxicos mais significativos e pelas variáveis, foram reduzidos segundo os critérios preconizados por Camargo (2005) que foram: os valores fornecidos pelo programa após a análise dos dados, onde foram excluídas as palavras de ligação, verbos e pronomes; palavras com frequência total menor que a frequência mínima do conjunto da análise ; palavras com  $X^2$  inferior a 2,0 e com porcentagem menor de 50%. Salieta-se apenas que, embora seguidos estes critérios, algumas palavras que estavam enquadradas neles foram mantidas, pois seriam importantes para análise do contexto.

ETAPA D: *Cálculos complementares*

Esta etapa é um prolongamento da etapa anterior. Com base nas classes de u.c.e. escolhidas, o programa calcula e fornece as u.c.e. mais características de cada classe permitindo a contextualização do vocabulário típico de cada classe. Ele fornece também uma Classificação Hierárquica Ascendente (CHA) para cada classe que permite o estudo das relações dos elementos intraclasse. Outros recursos possíveis são o tratamento de

segmentos repetidos de u.c.e. e exportação destas para outros programas informáticos.

Operações:

D1- Seleção das u.c.e. mais características de cada classe.

D2- Pesquisa de segmentos repetidos por classe.

D3- Classificação Hierárquica Ascendente.

D4- Seleção das palavras mais características das classes.

D5- Exportação para outros programas informáticos.

As operações em que se produzem resultados mais importantes para a interpretação do corpus são a C1 – dendograma da CHD, C2- descrição das classes, D1- seleção das u.c.e. mais características de cada classe e D3-CHA das palavras por classe.

Em pesquisas no campo da lingüística as classes são interpretadas como campos lexicais ou contextos semânticos. Em pesquisas no campo da psicologia social, particularmente aquelas interessadas em estudar o conhecimento do senso comum, estas classes podem indicar representações sociais ou campos de imagens sobre um dado objeto, ou aspectos de uma mesma representação. O que vai definir se as classes indicam representações sociais é o seu conteúdo e sua relação com fatores ligados ao plano geral de cada pesquisa (CAMARGO, 2005)

A partir da análise temática e das classificações fornecidas pelo ALCESTE buscou-se identificar as Representações Sociais de Educação Permanente dos enfermeiros pesquisados.

## 5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 5.1 Caracterização dos entrevistados

Na primeira parte da entrevista foram coletados dados que permitiram traçar um breve perfil dos entrevistados onde se identificou: sexo, idade, tempo de formação, aprimoramento profissional, tempo de atuação na saúde da família e tipo de contrato de trabalho.

Todas as enfermeiras participantes da pesquisa são do sexo feminino. O quadro a seguir evidencia as demais características.

**Quadro 12 - Caracterização dos sujeitos da pesquisa**

Sujeito	Idade	Tempo de formação	Aprimoramento profissional	Tempo de atuação na Saúde da Família	Tipo de contrato de trabalho
Ind 01	24 anos	2 anos	Obstetrícia/ Saúde da família	1 ano e 2 meses	Contrato por OS
Ind 02	30 anos	8 anos	não	2 anos e 6 meses	Concurso público
Ind 03	53 anos	32 anos	Saúde da Família	2 anos	Concurso público
Ind 04	49 anos	26 anos	Obstetrícia	8 anos	Concurso público
Ind 05	40 anos	7 anos	Enf. do Trabalho / Saúde da Família	6 anos e 6 meses	Contrato por OS
Ind 06	34 anos	6 anos	Saúde da Família	4 anos e 7 meses	Cargo comissionado
Ind 07	36 anos	8 anos	Saúde da Família	8 anos	Concurso público
Ind 08	32 anos	4 anos	Gestão Hospitalar/ Saúde da Família / Docência	1 ano e 2 meses	Contrato por OS
Ind 09	33 anos	7 anos	Urgência e UTI / Saúde da Família	2 anos	Concurso público
Ind 10	26 anos	4 anos	Gestão Pública / Saúde da Família	3 anos	Contrato por OS
Ind 11	34 anos	5 anos	Saúde Pública	5 anos	Concurso público
Ind 12	27 anos	3 anos	Saúde da Família	11 meses	Contrato por OS
Ind 13	40 anos	6 anos	Obstetrícia	5 anos e 11 meses	Concurso público
Ind 14	33 anos	3 anos	Saúde Pública	6 meses	Concurso público
Ind 15	27 anos	3 anos	Docência / Saúde da Família	2 anos e 6 meses	Concurso público
Ind 16	48 anos	25 anos	Docência / Saúde Pública	5 anos	Concurso público
Ind 17	24 anos	2 anos	não	4 meses	Contrato por OS
Ind 18	23 anos	2 anos	Saúde Pública / Enf. do trabalho	7 meses	Concurso público
Ind 19	35 anos	3 anos	não	3 meses	Contrato por OS
Ind 20	26 anos	4 anos	Enf. do trabalho	3 anos	Contrato por OS
Ind 21	33 anos	4 anos	Enf. do trabalho / Gestão Pública / Saúde da Família	4 anos	Contrato por OS
Ind 22	25 anos	3 anos	Docência / Saúde da Família	2 anos	Concurso público
Ind 23	27 anos	3 anos	não	3 anos	Concurso público
Ind 24	25 anos	3 anos	Enf. do trabalho	7 meses	Concurso público

A idade, tempo de formação e tempo de atuação na Saúde da Família tomaram como referência para o cálculo a data da coleta dos dados.



Em relação à idade apenas 12,5% das entrevistadas possuem mais de 40 anos, sendo que a média foi de 32,6 anos, podendo considerar que se trata de um grupo jovem.

Quanto ao tempo de formação, 62,5% das entrevistadas tem de 0 a 5 anos de formação, 25% de 6 a 10 anos e 12,5% acima de 20 anos de formação, com média geral de 6,7 anos, evidenciando que as entrevistadas possuem relativamente pouco tempo de formação.

Apenas 3 entrevistadas não realizaram nenhum aprimoramento profissional formal após a graduação, embora já tivessem mais de 3 anos de formação. 87,5% realizaram algum tipo de especialização, sendo que dentre elas, 57,1% são especialistas em Saúde da Família, 19% em Saúde Pública e o restante 23,9% em alguma outra especialidade.

Quando analisamos o tempo de atuação na Saúde da Família vemos que 33,3% das entrevistadas estão na faixa de 0 a 1 ano, 54,2% na faixa de 2 a 5 anos e 12,5% na faixa de 6 a 10 anos. Percebe-se que a maioria das entrevistadas tem relativa experiência de atuação na Saúde da Família.

Por fim, quanto ao tipo de contrato de trabalho, 58,3% das entrevistadas possuem vínculo estável com o município, ao passo que 37,5% das entrevistadas são contratadas por Organizações Sociais (OS) e uma atua como enfermeira, mas é contratada através de cargo em comissão.

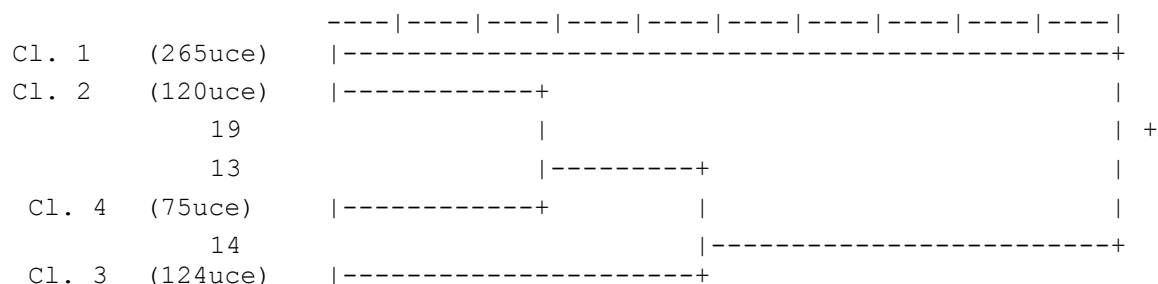
## **5.2 Análise ALCESTE**

O corpus formado pelas 24 entrevistas foram processadas pelo programa incluindo as falas do entrevistador. O ALCESTE dividiu o corpus em 1070 unidades de contexto elementar (u.c.e.), com 4064 palavras diferentes. Após a redução dos vocabulários às suas raízes obtiveram-se 574 palavras analisáveis e 439 palavras instrumentos. Na etapa de Análise Hierárquica Descendente (AHD) foram obtidas 584 u.c.e., considerando para análise 54% do total de u.c.e.

A partir do dendograma de distribuição das classes (figura 1), pode-se perceber que houve duas divisões do corpus. Uma das repartições deu origem a classe 1 e a outra repartição teve outra subdivisão que gerou

outra repartição. Na primeira repartição gerou as classes 2 e 4 e na outra repartição a classe 3.

**Figura 1-** Classificação Hierárquica Descendente – Dendograma das classes a partir da análise do corpus.



A distribuição e as porcentagens de u.c.e. que cada uma das classes do dendograma conteve após o processamento dos dados são apresentadas a seguir.

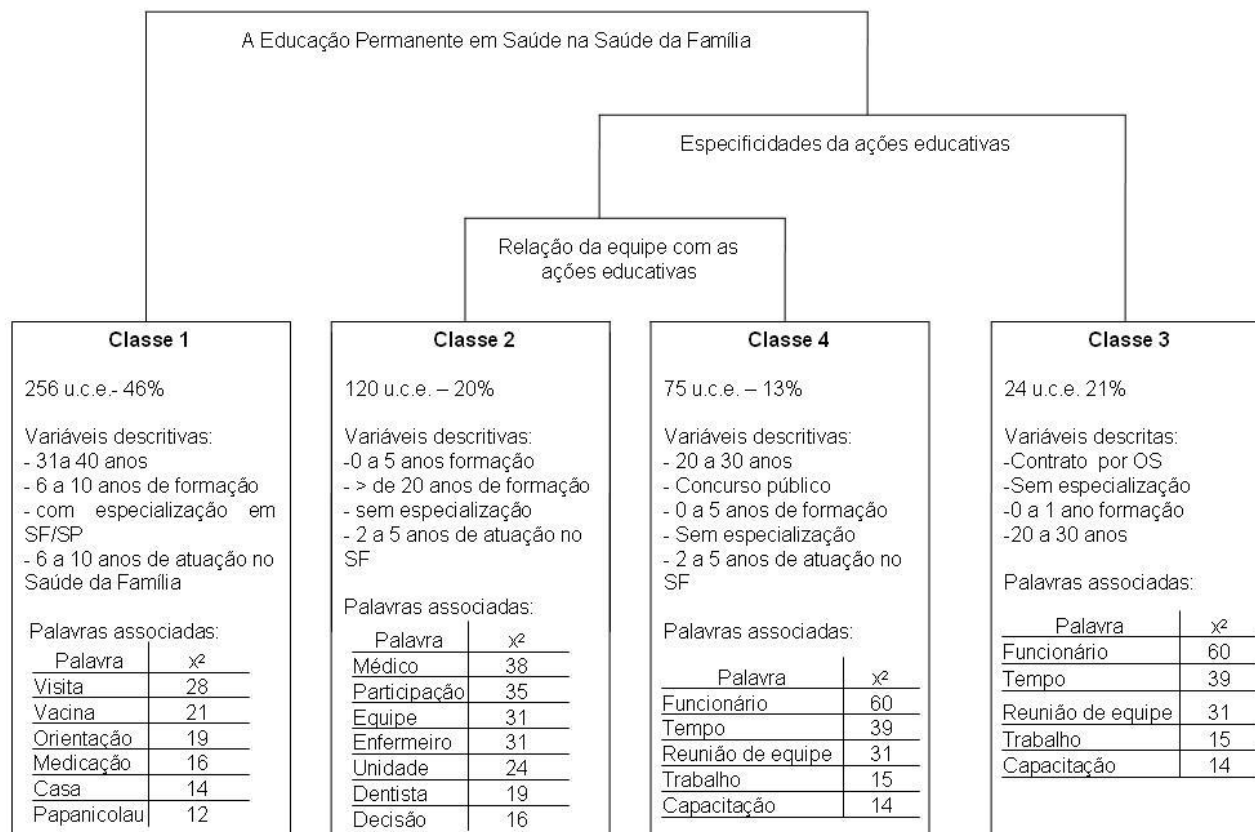
**Quadro 13** – Distribuição de u.c.e. em cada classe gerada pelo software ALCESTE após processamento do corpus.

<b>Classe</b>	<b>u.c.e.</b>	<b>%</b>
Classe 1	265	46%
Classe 2	120	20%
Classe 3	124	21%
Classe 4	75	13%
Total	584	100%

Percebe-se que a classe 1 detém grande parte das u.c.e. analisadas (46%), e as outras classes apresentam certo equilíbrio em relação ao número de u.c.e.

A figura a seguir evidencia as principais características destas classes e as relações entre elas.

**Figura 2-** Detalhamento do dendograma das classes analisadas.



### 5.3 Apresentação e discussão das categorias

Primeiramente foi realizada a análise categorial temática com a definição dos temas para a análise. Em seguida foi realizada a análise textual pelo software ALCESTE e elas foram comparadas. Constatou-se que ambas produziram eixos temáticos com conteúdos semelhantes, exceto em uma subcategoria *Educação para transformação do processo de trabalho* que foi identificada e caracterizada somente pela análise temática apresentando grande relevância qualitativa para o entendimento do objeto de estudo desta pesquisa.

Naquelas categorias que apresentaram eixos temáticos semelhantes, decidiu-se por utilizar a descrição fornecida pela análise ALCESTE. Assim, construiu-se as seguintes: 1- *Influência da Educação*

*Permanente no processo de trabalho; 2- Centralidade do enfermeiro nas ações de Educação Permanente; 3- Diferentes concepções de Educação Permanente e 4- Dificuldades na realização das ações educativas.*

➤ **Categoria 1: Influência da Educação Permanente no processo de trabalho**

Esta categoria foi formada pela classe 1 da análise ALCESTE, sendo que contém um total de 265 u.c.e. correspondendo a 46% das u.c.e analisadas.

Em relação às variáveis que caracterizam os sujeitos, as mais expressivas para esta categoria são apresentadas a seguir.

**Quadro 14-** Variáveis mais expressivas na categoria - *Influência da Educação Permanente no processo de trabalho*, a partir da análise ALCESTE.

<b>Frequência na classe</b>	<b>Porcentagem sobre o total da classe</b>	<b><math>\chi^2</math></b>	<b>Variável</b>
169	63%	64	31 a 40 anos de idade
129	60%	28	6 a 10 anos de formação
219	51%	22	Especialização em Saúde da Família/Saúde Pública
58	64%	15	6 a 10 anos de atuação na SF
68	53%	4	Município "A"
108	50%	3	Município "E"

A faixa etária mais expressiva foi a de 31 a 40 anos, correspondendo ao perfil geral dos entrevistados. Em relação ao ano de formação destacaram-se aqueles indivíduos com 6 a 10 anos de formação, também condizente com o perfil geral.

São mais significativos nesta categoria os indivíduos que possuem especialização em Saúde da Família / Saúde Pública, e que atuam na Saúde da Família de 6 a 10 anos e nos municípios "A" e "E".

O quadro 15 mostra o perfil de palavras desta categoria.

**Quadro 15-** Perfil da categoria - *Influência da Educação Permanente no processo de trabalho, a partir da análise ALCESTE.*

Frequência na classe	Porcentagem sobre o total da classe	$\chi^2$	Forma reduzida	Palavras
56	87%	42	pass	passa, passada, passado, passagem, passam, passando
31	97%	32	peg	pega, pegam, pegando, pegaram, pegavam, pego
32	96%	28	visita	visita, visitas
26	100%	21	vacina	vacina, vacinação, vacinal
21	91%	19	orient	orientação, orientada, orientar, orientava, orientei
17	94%	17	menina	menina, meninas
16	100%	16	medica	medicação, medicamento
17	89%	14	cas	casa, casas
14	100%	14	escola	escolas, escola
31	73%	13	paciente	paciente, pacientes
11	100%	12	papanicolau	papanicolau
10	100%	11	criança	criança, crianças
12	100%	11	carteirinha	carteirinha
11	100%	10	exame	exame, exames
21	78%	10	pergunt	pergunta, perguntando, perguntam, perguntando, perguntar
8	100%	9	curativo	curativo, curativos
9	90%	8	cham	chamam, chamando, chamar, chamei, chamo
11	90%	8	consult	consulta, consultar, consultas
8	89%	7	relação	relação
13	83%	7	tecnica	técnica, técnicas
9	89%	7	resultado	resultado, resultados
7	100%	7	agente_de_sa	agente de saúde
5	100%	6	rua	rua
10	82%	6	auxili	auxilia, auxiliar
5	100%	6	alimentação	alimentação
5	100%	6	visita_domiciliar	visita domiciliar
14	73%	5	gest	gestação, gestante, gestão
4	100%	5	agend	agenda, agendada, agendar
16	72%	5	explic	explica, explicação, explicam, explicando, explicar, explicou
4	100%	5	atendido	atendido, atendidos
5	100%	4	orientações	orientações
11	75%	4	educ	educação, educando
8	78%	4	grupo	grupo, grupos
14	75%	4	agente	agente, agentes
9	78%	4	permanente	permanente, permanentemente
5	83%	4	agente_comu	agente comunitário
8	67%	2	acs	ACS
4	80%	2	ensin	ensinando, ensino
8	67%	2	doutor	doutor, doutora
9	67%	2	enferm	enfermagem, enfermeiros
8	70%	2	procedimento	procedimento, procedimentos

Pode-se perceber que as palavras que definem esta categoria estão relacionadas ao fazer da equipe de saúde (vacina, visita, orientação) indicando influência no seu processo de trabalho.

No olhar das enfermeiras entrevistadas as atividades de Educação Permanente influenciam no processo de trabalho das equipes basicamente de duas maneiras: na pactuação das rotinas e fluxos dentro da unidade e na qualificação de algumas ações de saúde.

As discussões em grupo realizadas pelas equipes nas unidades têm como um dos objetivos estabelecer e melhorar as rotinas e fluxos de trabalho, favorecendo a pactuação das ações de cada membro da equipe no cuidado à população. Porém, percebe-se que o trabalho ainda apresenta-se fragmentado, com cada um fazendo uma parte, utilizando prioritariamente recursos do saber específico de cada profissional, acessando cada um o seu núcleo do saber, restringindo as potências do trabalho em equipe.

*“semana passada a gente discutiu o papanicolau, o que a gente faz com o resultado, passa para o livro, passa para o prontuário, entrega para o paciente, com quem vai ficar” (ind 01).*

*“vamos supor assim, a gente tem que fazer uma visita domiciliar, daí as vezes a dentista vai junto, a gente vai lá primeiro e vê a situação, daí a dentista vai lá e faz uma escovação em um paciente que é acamado (...) as vezes eu vou fazer uma visita que o cuidador liga, oh ele não está passando muito bem, então daí eu vou lá, daí eu entro em contato com a doutora daí no dia da visita\_domiciliar ela vai lá e faz uma avaliação e vê se precisa encaminhar para algum outro lugar, é assim. Um passa o conhecimento para o outro, é um trabalho bem em equipe mesmo.” (ind19).*

O trabalho em equipe é considerado um elemento chave para o desenvolvimento do trabalho na saúde da família. A estratégia preconiza uma equipe de saúde da família de caráter multiprofissional composta por médico generalista, enfermeiro, auxiliar/técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde que deve trabalhar em interação em prol de um objetivo comum

(BRASIL, 2011b). Considera-se o trabalho em equipe uma modalidade de trabalho coletivo que se configura como uma rede de relações entre pessoas com múltiplas possibilidades de significados (MATUMOTO, *et al*, 2005).

Ao olhar para as falas das enfermeiras deste estudo, percebe-se no processo de trabalho desenvolvido que cada trabalhador exerce as funções isoladamente, as informações e impressões colhidas no momento do atendimento são informadas para outro profissional considerado o mais adequado para aquele tipo de problema levantado. Não há uma discussão ou construção conjunta de um plano de cuidados, evidenciando ações fragmentadas, sem articulação e interação entre os membros da equipe. Estas características aproximam-se da concepção de equipe agrupamento, de acordo com Peduzzi (2001).

A noção de equipe como agrupamento é caracterizada pela fragmentação em “que ocorre a justaposição das ações e o agrupamento dos agentes”. Esta contrapõe a noção de equipe como integração em que há a “articulação das ações e a interação dos agentes” possibilitando um atendimento integral a partir do compartilhamento e integração dos saberes (PEDUZZI, 2001, p. 106).

No contexto desta segunda concepção, o trabalho em equipe é considerado como a possibilidade de recomposição do trabalho em saúde no sentido da interdisciplinaridade, que faz referência a troca de conhecimentos e imprime ao trabalho a possibilidade de um profissional se reconstruir na prática do outro, sendo ambos transformados para a intervenção na realidade em que estão inseridos (FORTUNA, *et al*, 2005; ARAÚJO; ROCHA, 2007).

Para a construção do projeto de saúde da família em que a unidade produtora de saúde é a equipe, o foco central é a família e a comunidade e as intervenções necessárias para a produção de cuidado devem se sustentar no conhecimento que contemple as determinações bio-psico-sociais da saúde doença e cuidado, a assistência à saúde passa a ter a característica de um trabalho coletivo em que a interdisciplinaridade e a integração são necessárias. Se esta integração não ocorrer corre-se o risco de repetir e perpetuar o modelo de atenção fragmentado, centrado na recuperação

biológica individual e com rígida divisão do trabalho (ALMEIDA; MISHIMA, 2001).

Na equipe integração não há um compartilhamento de saberes e os trabalhadores acessam principalmente seu núcleo de competência e responsabilidade, sendo que os saberes do campo e complementaridade não são explorados em toda sua potencialidade.

Por núcleo de competência entende-se o conjunto de saberes e responsabilidades específicos de cada profissional, demarca a identidade de uma área do saber. Por campo entende-se os saberes e responsabilidades comuns à vários profissionais, um espaço de limites imprecisos onde cada disciplina e profissão busariam em outras apoio para cumprir sua tarefas (CAMPOS, 2000b).

Quando as ações estão mais ancoradas na noção do núcleo de competência, operam-se centralmente as tecnologias duras e leve-duras, diminuindo muito o potencial cuidador da equipe, havendo uma captura do trabalho vivo em ato (MERHY, 1999). O núcleo de cada profissional não é suficiente para atender a complexidade do atendimento das necessidades de saúde, sendo necessária a flexibilização nos limites das competências (ALMEIDA; MISHIMA, 2001).

Entende-se que para a construção da integralidade no SUS é necessário que os trabalhadores atuem mais nos campos de competência, no qual atuam mais os processos relacionais das tecnologias leves, possibilitando ampliar os espaços de ação em comum, a cooperação entre os diferentes saberes e o partilhamento decisório, levando a um enriquecimento do conjunto de intervenções em saúde, tornando-as mais comprometidas com os interesses coletivos. Sem, contudo, desconsiderar a importância dos modos de específicos de produzir saúde

É na relação de complementaridade aliada a autonomia relativa do saber próprio que o trabalho dos distintos agentes da saúde da família deve acontecer. Articular esta forma de trabalho não é rápido nem responsabilidade de um único ator, exige operar com dispositivos que possibilitam redefinir os espaços de relações entre os indivíduos envolvidos no processo (MERHY, 1999; ALMEIDA; MISHIMA, 2001).



Neste sentido, tem-se a Educação Permanente em Saúde como potente ferramenta, uma vez que ela possibilita a atuação sobre esta micro política do trabalho, ampliando os espaços de atuação dos trabalhadores na configuração das práticas e criando espaços coletivos de discussão (MERHY, FEUERWERKER, CECCIM, 2006).

Em relação às ações de saúde, as falas evidenciam influencia das ações educativas nas orientações e ações de vigilância realizadas pelos profissionais à população. As entrevistadas referem que houve um ganho significativo de conhecimento por parte da equipe para a realização das atividades, o que qualificou o atendimento ao usuário.

*“porque as vezes eles (ACS) iam nas casas e olhavam a carteirinha, então se não tivesse a próxima dose lá marcada a lápis e eles vissem que estava atrasado ou em dia, para eles não fazia a menor diferença” (ind 18).*

*“hoje não, elas (ACS) já podem estar perguntando mais a fundo da gestação, dando orientações, depois quando a criança nasce, orientação quanto à alimentação, até os seis meses da amamentação, a importância. Então elas já estão mais, hoje mais soltas assim” (ind 20).*

Embora tenha trazido ganhos importantes de qualidade, as ações educativas ainda são marcadas por discussões que giram em torno do conhecimento técnico e para atender às necessidades de saúde, os trabalhadores deste estudo utilizam como instrumentos basicamente as orientações técnicas, as consultas e os exames, que estão no campo das tecnologias duras e leve duras. O acolhimento, o vínculo, a responsabilização, conceitos que se fundamentam nas relações, ainda são poucos explorados reduzindo o poder cuidador da equipe.

Percebe-se uma centralidade das ações de saúde na lógica de produção do procedimento que se constitui somente pelos elementos que lhe são próprios, utiliza principalmente as tecnologias duras e leve duras e os procedimentos passam a ser a finalidade última do trabalho, configurando um modelo que é contraditório a missão do SUS que é o cuidado (MERHY, 2007).

Sabe-se que quanto maior a composição da caixa de ferramentas (entendida como o conjunto de saberes que se dispõe para a ação de produção dos atos de saúde (MERHY, 2002)) utilizadas pelos trabalhadores, maior será a possibilidade de se compreender o problema de saúde e maior a capacidade de enfrentá-lo tanto para o usuário como para a organização do processo de trabalho.

É necessário valorizar o uso das tecnologias leves como recurso na saúde, através do acolhimento, do vínculo, da escuta qualificada, do compromisso e da responsabilização abrindo espaços para a produção do cuidado, na perspectiva da integralidade da atenção (CARDOSO, *et al*, 2011). A utilização destas tecnologias poderá auxiliar os serviços de saúde a fazer uma melhor escuta das pessoas podendo delinear uma nova ética na saúde (MARQUES; LIMA, 2004).

O que se propõe não é hierarquizar o uso das tecnologias, elas podem ser consumidas conforme as necessidades de cada usuário, trabalhador ou serviço, o desafio está em encontrar uma conformação adequada entre os três tipos de tecnologia, só assim é possível produzir qualidade no sistema (MERHY, 1999).

É preciso ampliar as ações de saúde dos trabalhadores direcionando para a lógica de produção do cuidado que se traduz no trabalho orientado aos problemas, às necessidades e à qualidade de vida do usuário. Que além de produzir procedimentos, centram atenção nas relações humanas tem como finalidade a emancipação dos sujeitos e o desenvolvimento da cidadania.

Para isso, em busca de mudanças efetivas, a problematização dos processos de trabalho é imperativo repensando o que se toma como objeto de trabalho, o que se considera como necessidades dos usuários, os instrumentos utilizados e a finalidade do trabalho.

Outro aspecto que merece ser evidenciado na análise desta categoria é o fato de que a influência das ações educativas foi mais intensa no trabalho do agente comunitário de saúde (ACS), o que pode ser explicado pelo fato deste profissional não ter formação específica e vir para o trabalho em saúde com pouco conhecimento técnico. Como, na visão das entrevistadas, é

o conhecimento técnico que qualifica o trabalho dos profissionais de saúde, há uma tendência de focar as atividades educativas nestes profissionais.

A inclusão do ACS na equipe de saúde da estratégia de saúde da família constitui a sua característica mais marcante, representando pessoas-chaves na implantação de políticas voltadas para a reorientação do modelo de atenção. Este profissional ocupa o papel de articulador entre a comunidade e a equipe de saúde, sendo o elo de ligação entre estes atores, fortalecendo as relações, ampliando o poder de atuação junto à população e qualificando a assistência prestada (GOMES, *et al*, 2010; NASCIMENTO; CORREA, 2008).

A principal característica, que diferencia este profissional do restante da equipe, é fazer parte da comunidade o que lhe possibilitaria a composição de boas relações com os usuários, criando laços afetivos de solidariedade, de compromisso, de responsabilidade, de confiança e cumplicidade com as famílias aumentando sua potência de ação e contribuindo com a formação de uma subjetividade solidária e a instituição de um novo jeito de fazer saúde (FERREIRA, *et al*, 2009). Ele teria a sensibilidade de ler, escutar e traduzir para a equipe as reais necessidades da população (NASCIMENTO; CORREA, 2008).

Para isso ocorrer é preciso que este profissional seja incentivado e encontre na equipe de saúde espaço para expressar sua subjetividade na produção do cuidado. Porém, quando olhamos para o formato das capacitações oferecidas a este profissional, elas têm caráter tradicional, com conteúdos e práticas biomédicas, de cunho informativo, corretivo e prescritivo das práticas de higiene e do auto cuidado, numa visão de que com estes conhecimentos ele estaria mais capacitado para resolver os problemas da comunidade gerando certa tensão no papel do ACS (FERREIRA, *et al*, 2009; MAZARI, JUNGES, SELLI, 2011).

Por um lado ele assume lógicas do modelo hegemônico estruturado sobre os núcleos especializados de saber profissional, referenciado pelas tecnologias duras e pelo trabalho morto. Por outro quando se pauta em seus conhecimentos sobre a dinâmica popular da comunidade e saber popular, assume formas criativas e relacionais de cuidar, centrado nas tecnologias leves

e leves duras e no trabalho vivo em ato (BORNSTEIN; STOTZ, 2008; FERREIRA, *et al*, 2009).

Nesta perspectiva, há a necessidade de desenvolvimento e incorporação de tecnologias que apoiem a identidade do ACS, integrando as dimensões de sua atuação, preparando todos os demais sujeitos para uma prática de saúde inovadora e transformadora.

Os processos de Educação Permanentes têm de ser vistos como espaços privilegiados de interação, diálogo, de reflexão e de construção de conhecimento como possibilidade de apropriação e compreensão da realidade, de respeito às diferentes culturas, cultivando valores solidários e emancipatórios onde o ACS assume papel de sujeito ativo.

➤ **Categoria 2: Centralidade do enfermeiro nas ações de Educação Permanente**

Esta categoria foi formada pela classe 2 da análise ALCESTE, sendo que contém um total de 120 u.c.e. correspondendo a 20% das u.c.e analisadas.

Em relação às variáveis que caracterizam os sujeitos, as mais expressivas para esta categoria são apresentadas a seguir.

**Quadro 16-** Variáveis mais expressivas na categoria - *Centralidade do enfermeiro nas ações de Educação Permanente*, a partir da análise ALCESTE.

<b>Frequência na classe</b>	<b>Porcentagem sobre o total da classe</b>	<b><math>\chi^2</math></b>	<b>Variável</b>
22	35%	9	41 a 50 anos de idade
8	47%	8	51 a 60 anos de idade
61	26%	7	20 a 30 anos de idade
78	25%	7	0 a 5 anos de formação
17	32%	5	+ 20 anos de formação
41	26%	4	Sem especialização
74	24%	4	2 a 5 anos de atuação na SF
23	28%	4	Município "O"

Em relação à faixa etária, apenas a faixa de 30 a 40 anos não se destaca, portanto pode-se dizer que a idade nesta categoria não é uma variável expressiva.

Contribuíram com mais expressividade para a categoria os indivíduos com formação recente (0 a 5 anos de formação) e aqueles com mais tempo de formação (> 20 anos de formação). São indivíduos sem especialização em Saúde da Família / Saúde Pública e que tem de 2 a 5 anos de atuação na SF. Destacou-se o município “O”.

O quadro 17 mostra o perfil de palavras desta categoria.

**Quadro 17-** Perfil da categoria - *Centralidade do enfermeiro nas ações de Educação Permanente*, a partir da análise ALCESTE.

Frequência na classe	Porcentagem sobre o total da classe	$\chi^2$	Forma reduzida	Palavras
37	52%	38	med	médica, médico, médicos
32	54%	35	particip	participa, participação, participam, participando, participar
35	46%	31	equipe	equipe
33	52%	31	enfermeir	enfermeira, enfermeiras, enfermeiro
27	50%	24	unidade	unidade, unidades
6	100%	23	escritur	escriturária, escriturário, escriturários
5	100%	20	membro	membro, membros
6	100%	20	departamento	departamento
8	73%	19	dentista	dentista
25	44%	16	problema	problema, problemas
10	56%	14	tecn	técnico, técnicos
9	64%	13	gestor	gestor, gestora
5	100%	12	compartilh	compartilha, compartilhado, compartilhar, compartilhou
4	80%	11	discutindo	discutindo
6	63%	9	integr	integração, integrado, integrante, integrar
4	75%	7	entrosamento	entrosamento
16	35%	6	reuni	reunião, reuniões
3	60%	5	farmaceutico	farmacêutico, farmacêuticos
3	60%	5	agente_comuni	agente comunitário
2	67%	4	vincul	vínculo
2	67%	4	obrigac	obrigação
2	67%	4	respeit	respeitando, respeito
2	67%	4	secretaria_de	secretaria de saúde
6	42%	3	usuario	usuário, usuários
3	50%	2	sus	SUS
2	50%	2	técnico_de_enf	técnico de enfermagem

As palavras que definem esta categoria estão relacionadas com os diferentes profissionais (médico, enfermeiro, dentista, agente comunitário, técnico de enfermagem) e suas relações dentro da equipe de saúde (participação, equipe, unidade, integração, entrosamento).

O enfermeiro é o profissional responsável pela coordenação da equipe e, conseqüentemente, pela coordenação das ações educativas. Entretanto esta função é vista pelos enfermeiros de formas diferentes: um grupo reconhece que este é o seu papel / função na equipe de saúde e centraliza a gestão da unidade. Outro grupo já assume posicionamento diferente, refere que a gestão / coordenação da unidade / equipe de saúde deveria ser compartilhada com os outros profissionais, mas assume que a forma como está estruturado o serviço contribui para que o enfermeiro assuma sozinho esta responsabilidade.

*“eu sou a responsável pela unidade, tenho que zelar pela unidade e fazer com que isso ande da melhor forma possível, resolver os problemas de todo mundo, de todos” (ind 04).*

*“eu vejo em outras unidades, eu participei daquele projeto do fortalecimento, então eu vi que nos outros municípios o papel do, por exemplo, do dentista dentro da unidade é super importante, ele ajuda a enfermeira na parte da coordenação” (ind 21)*

*“mas não, da forma como está estruturado o serviço, acaba ficando” (a responsabilidade da gestão para o enfermeiro) (ind.07).*

A centralidade da gestão dos serviços de atenção primária na figura da enfermeira assume uma conformação histórica que vem influenciando o fazer da enfermagem desde sua institucionalização (RODRIGUES; JULIANI 2010).

A inserção da enfermeira nos serviços de atenção primária, no Estado de São Paulo, tem início na década de 70 com a Reforma Administrativa da Saúde que se caracterizava pela implantação e diversificação

da assistência médica individual que passa a ser intermediada pela presença da enfermeira. Esta profissional foi incorporada para desenvolver atividades predominantemente gerenciais como supervisão, treinamento, controle e coordenação de pessoal, além de ações na vigilância epidemiológica, nas reuniões com a comunidade e nas atividades educativas. (ERMEL; FRACOLLI, 2006).

Além do caráter histórico, percebe-se a influência da formação gerencial na graduação de enfermagem, e da tradição da gestão nas unidades de saúde. Observa-se que o enfermeiro vem assumindo o papel de gestor/coordenador da equipe de saúde e muitas vezes este papel parece estar colocado pela instituição à qual está vinculado (RODRIGUES; JULIANI 2010).

Diversos são os estudos que apontam que os enfermeiros têm assumido funções de gestão e administração nos serviços de saúde, sendo considerado também pela equipe como o profissional mais preparado para tal função. (BACKES, *et al*, 2012; BARRETO, *et al*, 2012; BENITO; BACKER, 2007; GIROTI; NUNES; RAMOS, 2008; JONAS; RODRIGUES; RESCK, 2011; BERTOCINI; PIRES; SCHERER, 2011). Nestes estudos, o trabalho do enfermeiro compõe-se de duas dimensões: a assistencial e a gerencial. Na dimensão assistencial o objeto de intervenção são as necessidades de saúde e de cuidado aos usuários do serviço, ao passo que na dimensão gerencial o objeto é a organização do trabalho e a coordenação da equipe de saúde, destacando-se entre as diversas atividades a de educador.

A centralização da gestão da unidade pelo enfermeiro reflete uma concepção de gestão pouco participativa, baseada nos princípios do “taylorismo”, considerado por Campos (2000a) o modelo hegemônico de gestão e ainda hoje a principal referência nas práticas gerenciais. O eixo central deste modelo de gestão é a disciplina e o controle, se alicerça no aprisionamento da vontade e na expropriação das possibilidades de governar da maioria levando a uma concentração de poder. A gestão está centralizada em poucos dirigentes que possuem o poder e o controle, que tomam decisões, planejam, elaboram projetos e definem o papel e o lugar de cada trabalhador na linha de produção.

Para este modelo o trabalho é uma simples relação de venda e troca, restringindo-o somente às atividades necessárias à produção de mais-valia que reduz o trabalhador a um objeto, não respeitando ou ainda, não admitindo a influência de seus desejos e interesses no processo de trabalho, eliminando todo traço de subjetivismo na execução das tarefas. Neste sentido, as atividades educativas teriam como objetivo principal o treinamento do trabalhador para que realize a sua função com maior eficiência e eficácia (CAMPOS, 2000a).

Quando olhamos para a missão da Estratégia Saúde da Família, de promover uma mudança no modelo de atenção à saúde em busca da consolidação do SUS, um modelo de gestão que desapropriar os trabalhadores de sua subjetividade e autonomia não é capaz de promover as transformações necessárias. A superação do paradigma médico-assistencial significa uma revolução nos modos de trabalho e gestão, capazes de gerar reflexão e ação, reforçar subjetividades e produzir novas formas de relação entre os trabalhadores de saúde e entre estes e os usuários (SOARES; RAUPP, 2009).

O Ministério da Saúde prevê o fortalecimento de uma gestão democrática, com a participação dos trabalhadores na gestão, promovendo a valorização profissional e fortalecendo as relações de trabalho (JONAS; RODRIGUES; RESCK, 2011).

A proposta é implantar a co-gestão que em primeiro lugar significa “a inclusão de novos sujeitos no processo de gestão, análise de contexto e problemas e processo de tomada de decisão”. Assim ela não seria exercida por poucos ou alguns, mas por um conjunto de sujeitos que compõem a organização (BRASIL, 2009b).

A co-gestão é um modo de administrar centrado no trabalho em equipe, na construção coletiva em que planeja quem executa, que inclui o pensar e o fazer coletivo e cria espaços coletivos que garantem que o poder seja de fato compartilhado (BRASIL, 2009b). Procura articular um novo formato para a atenção à saúde incluindo os envolvidos no processo de trabalho na concepção de seu trabalho, fomentando a autonomia e o protagonismo dos sujeitos nos processos de produção em saúde (CUNHA; MAGAJEWSKI, 2012).



As tomadas de decisão neste processo não se dão de cima para baixo, mas em linha horizontal, com participação do grupo no poder decisório. Os gerentes / líderes não têm o papel de conduzir as pessoas para a mudança, mas criar ambientes organizacionais favoráveis a reflexão, a ação e à mudança (MEDEIROS, et al, 2010).

A inclusão de novos sujeitos nos processos decisórios dos serviços de saúde necessita da construção de condições políticas e institucionais efetivas que tomam expressão na forma de arranjos e dispositivos capazes de viabilizar a constituição de espaço e tempo para o exercício da gestão.

Nesta perspectiva, a EPS pode ser tomada como recurso estratégico para a gestão do trabalho e da educação em saúde quando ela é tomada como estratégia de aprendizagem coletiva e de transformação do processo de trabalho que utiliza a reflexão crítica sobre a prática para produzir mudanças no pensar e no agir das equipes de saúde.

O envolvimento dos sujeitos nos processos de mudança amplia a implicação e a corresponsabilização no cuidado à saúde contribuindo para tornar o atendimento mais efetivo/eficaz e motivador para os trabalhadores que conseqüentemente resultaria em mais e melhor produção de saúde.

As entrevistadas reconhecem a importância da participação de todos os profissionais nas atividades educativas, que proporciona melhor entrosamento da equipe que reflete na melhor organização do serviço e proporciona ao usuário um cuidado de qualidade.

*“Eu como gestora gostaria que toda e qualquer decisão que tivesse a dificuldade em identificar o problema eu tivesse a participação da minha equipe para que isso acontecesse” (ind 10).*

*“Eu acredito que sim, com essas reuniões a gente, encontrando o problema da unidade, isto vai estar ficando organizado melhor, os profissionais vai tendo melhor entrosamento, a equipe vai tendo melhor entrosamento” (ind 06).*

De forma geral, outra razão que contribui para a centralidade do enfermeiro na gestão da unidade é a baixa participação / entrosamento do médico na equipe de saúde. Na maioria dos municípios estes profissionais cumprem jornadas de trabalho reduzidas ou se afastam da equipe e não participam das atividades coletivas.

Além disso, as equipes são formadas basicamente por médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde, sendo que a participação de outros profissionais na equipes se dá de forma pontual.

*“não participa, porque a maioria dos atendimentos deles é de manhã e nunca coincide de estar junto e eles não vêm” (ind 06).*

*“o médico está num patarmazinho meio superior digamos assim. Eles não participam das reuniões, não são obrigados [...] a gente não tem aquela coisa assim, aquela obrigação do médico de cumprir o horário, de participar da reunião de equipe” (ind 18).*

A baixa participação dos médicos nos processos de gestão das unidades de saúde é uma realidade retratada por outros estudos (CORDEIRO, *et al*, 2009; LAVADO, *et al*, 2007; MORETI-PIRES, 2009).

Essa característica tem sido relacionada à formação médica em que há a valorização das questões técnicas em detrimento das relacionais, centrada na doença, na especialização e no ambiente hospitalar (CORDEIRO *et al.*, 2009). Isso se reflete numa prática médica restrita basicamente à consultas individuais que objetiva a cura da doença, reduzindo-se à queixa clínica e limita à atuação médica à prescrição medicamentosa com a produção de procedimentos relacionados às tecnologias duras (LAVADO, *et al*, 2007; MORETI-PIRES, 2009).

Esta orientação profissional pautada na especialização excessiva e precoce, marcada pela tecnificação do cuidado não tem favorecido uma formação médica ampliada, humanista e generalista que amplie seu campo de atuação à uma assistência que considere não apenas as demandas biológicas,

mas contemple a saúde nos termos de acolhimento, humanização, vínculo e resolutividade dos problemas considerando seus diversos determinantes socioculturais (MORETI-PIRES, 2009).

Além disso, percebe-se uma dificuldade do médico de se articular em um trabalho interdisciplinar e em equipe, elemento chave para a operacionalização e sucesso da Saúde da Família que visa a substituição de práticas convencionais de assistência para as voltadas à família e comunidade a fim de oferecer atenção integral com enfoque social ampliado (SOUSA; HAMANN, 2009).

No intuito de promover uma transformação do papel do médico na Saúde da Família é preciso promover uma formação médica implicada com a reorientação do modelo de atenção e com a gestão compartilhada do serviço, enfocando a visão integral do cuidado em saúde dos usuários em seu entorno sociocultural através de mudanças pedagógicas e metodológicas.

É necessário diversificar os cenários de ensino–aprendizagem e envolver o acadêmico nos serviços de atenção primária em que ele terá contato com problemas que ele enfrentará como futuro profissional, proporcionando também uma vivência real do trabalho em equipe e que esta se constitua de fato um espaço interdisciplinar em que haja o diálogo, a troca e construção de práticas integrativas (FERREIRA; SILVA; AGUER, 2007; MORETI-PIRES, 2009).

Mudanças nas modalidades de especializações médicas também são necessárias, a formação médica pós-graduada também está centrada em especialidades e subespecialidades, voltadas para ações de média e alta complexidade, reforçando a carência por profissionais com competências para desenvolver ações voltadas à atenção primária, sendo que as especializações e residências em Saúde da Família podem ser uma opção mais rápida de remodelação da formação destes profissionais para atender às demandas da ESF (MENDONÇA, *et al*, 2010).

Para além da formação acadêmica, é importante também criar espaços de aprendizagem no trabalho, em que as novas informações, competências e recomendações devem ser confrontadas com a prática diária de cada equipe com vistas à implementação de mudanças orientadas para a

qualidade da atenção em saúde. Devem ser enfatizados as habilidades de comunicação, o hábito da aprendizagem autodirigida e de avaliação da prática profissional, tudo isso permeado por uma cultura institucional de mudança e renovação (SILVÉRIO, 2008).

Faz se necessário rever o papel do médico nos processos de trabalho das unidades de saúde que leva a uma hierarquização e desigualdade entre os trabalhadores com divisão do trabalho. O trabalho em equipe e a prática da co-gestão, sendo a EPS uma potente ferramenta, podendo promover um trabalho com mais interação social entre os trabalhadores, maior horizontalidade e flexibilização de poderes e conseqüente maior integração da equipe (ALMEIDA; MISHIMA, 2001).

### ➤ **Categoria 3: Diferentes concepções de Educação Permanente**

Esta categoria retrata as concepções de Educação Permanente das enfermeiras da Saúde da Família estudadas. Ela é formada por duas subcategorias: a) *Educação para atualização* e b) *Educação para transformação do processo de trabalho*.

A primeira subcategoria é formada pela classe 3 da análise ALCESTE e a segunda foi construída a partir da análise temática do corpus das entrevistas.

Abaixo apresenta-se a caracterização de cada uma das subcategorias e em seguida, entendendo que elas conformam vertentes de um mesmo tema, apresenta-se a discussão em conjunto.

#### **a) Educação para atualização**

Esta subcategoria foi formada pela classe 3 da análise ALCESTE, sendo que contém um total de 124 u.c.e. correspondendo a 21% das u.c.e analisadas.

As variáveis mais expressivas nesta subcategoria são apresentadas no quadro a seguir.

**Quadro 18-** Variáveis mais expressivas na subcategoria - *Educação para atualização*, a partir da análise ALCESTE.

Frequência na classe	Porcentagem sobre o total da classe	$\chi^2$	Variável
26	48	26	Município "E"
72	30	20	20 a 30 anos de idade
87	27	14	Concurso público
81	26	8	0 a 5 anos de formação
26	31	6	Município "O"
42	27	4	Sem especialização
74	24	2	2 a 5 anos de atuação na SF

Em relação à faixa etária percebe-se um predomínio da faixa dos 20 a 30 anos, profissionais jovens e com pouco tempo de formação - 0 a 5 anos. Destaca-se também aqueles sem especialização, com 2 a 5 anos de atuação na Saúde da Família e contratadas através de concurso público. Os municípios mais relevantes na formação desta subcategoria foram "E" e "O".

O quadro 19 mostra o perfil de palavras desta subcategoria.

**Quadro 19-** Perfil da subcategoria - *Educação para atualização*, a partir da análise ALCESTE.

Frequência na classe	Porcentagem sobre o total da classe	$\chi^2$	Forma reduzida	Palavras
29	62	45	conheci	conheci, conhecimento, conhecimentos
11	92	36	atualiz	atualiza, atualização, atualizada, atualizado, atualizando
12	85	32	aprend	aprende, aprendem, aprender, aprendo
11	79	28	busc	busca, buscando, buscar
35	46	27	educação_per	educação permanente
15	73	25	tema	tema, temas
6	63	25	pratic	prática, praticando, práticas
7	100	22	aprendiz	aprendizado, aprendizagem
7	100	22	necessidade	necessidade, necessidades
5	100	19	consenso	consenso
6	86	18	especific	específica, especificando, específico
4	100	15	novos	novos
4	100	15	conceito	conceitos
5	83	14	aprendendo	aprendendo
10	56	13	nov	nova, novas, novo
14	48	11	profission	profissionais, profissional
6	67	11	educação_cont	educação continuada
7	58	10	interess	interessado, interessante, interesse
6	55	7	encontr	encontrar, encontro
5	67	7	encontros	encontros

13	37	5	gost	gosta, gostam, gostaram, gostar, gostava
4	57	5	estud	estudando, estudar, estudei
4	60	5	palestr	palestra, palestras
8	42	5	influen	influenza
22	31	4	sab	sabe, sabe, saber, saberes, sabia
6	43	4	curso	curso
3	67	4	dengue	dengue
2	67	4	constru	construção, construir
3	67	4	patologia	patologia
6	42	3	troc	troca, trocam, trocando, trocar
6	38	2	inform	informação

As palavras desta categoria estão relacionadas a uma concepção de Educação Permanente pautada no conhecimento, atualização, aprendizagem e tema.

Para o grupo de enfermeiras que formam esta subcategoria, a Educação Permanente é uma forma de buscar conhecimento e de atualizar aquilo que foi aprendido nos cursos de formação se aproximando da concepção de educação tradicional, vertical e temática.

*“você estar buscando sempre mais conhecimento, seja aquele que você já tem, seja novo” (ind17).*

*“não ficar preso a práticas que de repente a gente aprende um monte de coisas na faculdade e dali a pouco não é mais aquilo, então é sempre estar buscando coisas novas, inovações, estar sempre atualizado” (ind 15).*

Percebe-se também que embora a concepção de EP para este grupo ainda esteja calcada na atualização e no conhecimento teórico, alguns pequenos avanços começam a aparecer nas falas. Para estes sujeitos, EP se relaciona também com a troca de saberes / conhecimentos entre os profissionais, a trabalhar em conjunto, em equipe. É também unir o conhecimento advindo da prática ao conhecimento teórico.

*“eu acho que é a gente fazer junto, juntar os saberes, o conhecimento, os profissionais, eu acho que é um aprendizado todo dia e trabalhar junto, trocar um profissional com o outro de diferentes áreas” (ind 11).*

*“educação permanente para mim seria juntar o conhecimento popular que a gente tem, junto com o conhecimento teórico e tentar encontrar soluções e aprendizagem com tudo isso, contando as duas áreas” (ind 24).*

Incluem também a idéia da relação com o serviço e com a prática profissional. Os temas estudados são gerados na prática e o conhecimento gerado tem como finalidade a melhora da qualidade do serviço. Mesmo que esta melhora signifique apenas um aperfeiçoamento daquilo que já é feito e não uma mudança real na forma de fazer saúde.

*“sempre estudando alguma coisa relacionado ao serviço, melhorando a prática, não sei” (ind 07).*

*“para mim educação permanente é uma forma de estar sempre agregando mais conhecimento à prática profissional e uma forma de estar sempre buscando novos conceitos para melhorar a qualidade do serviço do profissional na unidade, então acho que seria isso.” (ind 23).*

#### **b) Educação para transformação do processo de trabalho**

Esta subcategoria emergiu da análise categorial temática realizada no corpus das entrevistas e embora não tenha sido explicitada pela análise ALCESTE, qualitativamente ela se mostrou essencial para melhor entendimento e delineamento do objeto do estudo, principalmente na análise da Representação Social de Educação Permanente para os sujeitos.

Para o grupo que representa esta subcategoria a concepção de Educação Permanente está ligada à resolução dos problemas do dia a dia da unidade de saúde e as discussões surgem da necessidade da prática. Está mais próxima dos conceitos de aprendizagem significativa e problematização, pressupostos defendidos pela Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

*“é trabalhar no cotidiano, no dia a dia as nossas dificuldades, o andamento mesmo da unidade. Está com um problema ali na recepção? Vamos focar na recepção” (ind 05).*

*“é na parte de levantar os problemas, estar discutindo soluções dos problemas, estar incorporando as atividades do dia a dia, acho que mais assim” (ind 20).*

Consideram a Educação Permanente como ferramenta para transformação do processo de trabalho, uma forma de construir com a equipe um novo jeito de fazer, humanizando as práticas sob o olhar da integralidade e da equidade, através do acolhimento e do vínculo. Aumenta o poder de resolução das equipes.

*“eu acho que mostra para a pessoa é melhor que falar, sei lá eu acho assim, mostrar, falar assim: vem esta pessoa aqui e não tem consulta, mas o que a senhora está sentindo? Eu posso resolver para a senhora? [...] Não é só falar não tem consulta hoje, isso faz parte do acolhimento, mas isso faz parte de educação permanente porque a gente está mostrando para ela que pode ter um outro jeito de trabalhar” (ind 05).*

*“tem que resolver o problema da pessoa, acolher, fazer acolhimento, atender a pessoa como um todo, então com a educação permanente ajuda a pessoa entender que você tem que resolver o problema como um todo e isso vai tendo na equipe” (ind 06).*

Em relação às variáveis mais expressivas nesta subcategoria destaca-se o tempo de formação de 0 a 5 anos, tempo de atuação na Saúde da Família de 2 a 5 anos, contratação por OS e os municípios “A” e “U”.

Olhando para a primeira subcategoria e fazendo relação com as categorias anteriores, percebe-se que a concepção de educação permanente daquele grupo está ligado à idéia de buscar conhecimento no intuito de



atualização científica de novas técnicas, de cada núcleo profissional, a serem apreendidas no trabalho em saúde, principalmente na forma de transmissão de orientações e conhecimentos para a educação e prevenção da saúde do usuário do serviço.

Esta concepção reproduz os preceitos da lógica da educação tradicional que baseia-se no princípio de que as idéias e as informações são os aspectos mais importantes da educação (BRASIL, 2000). Nesta lógica os educandos são vistos como sujeitos passivos e ouvintes que são conduzidos a um processo de memorização de conteúdos através da transmissão de conhecimento por alguém que o detém, não havendo espaço para a criatividade nem para a criticidade, marcando a verticalização e hierarquização do saber (BARBOSA; FERREIRA; BARBOSA, 2012; SANES, 2010).

A reprodução deste modelo pedagógico de educação é muito presente na prática dos serviços de saúde, apoiada pelo pressuposto de que a baixa eficiência das ações de saúde é devida a falta de competência dos profissionais e que pode ser corrigida na medida em que aquilo que lhe falta é conhecimento, suprido por cursos compensatórios (MERHY, 2005).

Diante desta visão, na saúde, no campo do desenvolvimento de recursos humanos, têm se utilizado como principal recurso a Educação Continuada caracterizada pela realização de capacitações pontuais, na sua maioria de caráter programático, visando a atualização de conhecimentos de categorias profissionais específicas, através da transmissão de conhecimento. Tais capacitações conduzem a um saber fragmentado que pouco tem impactado nas práticas de saúde, levando à perpetuação de profissionais que não conseguem lidar com as totalidades ou realidades complexas (CARDOSO, 2012).

Ao pautar a educação na atualização técnica para o desenvolvimento de procedimentos, centrado na aprendizagem de cunho individual em um enfoque de categorias profissionais, estas capacitação têm perpetuado o modelo de atenção hegemônico, não se mostrando uma estratégia de transformação das práticas nos serviços, capazes de possibilitar a incorporação de novos conceitos e princípios às práticas estabelecidas (CECCIM, 2005; PEDUZZI, *et al*, 2009).

Não que a atualização técnico-científica não seja importante no desenvolvimento das práticas de saúde, na aquisição de certas técnicas de trabalho, porém o que se percebe é que nem sempre o que é aprendido se converte em ação. Não são suficientes para reconsiderar e provocar a reflexão nos trabalhadores a fim de que estes reconsiderem suas práticas. Ainda que em alguns casos se alcance aprendizagem individuais, elas nem sempre se transferem para a ação coletiva (DAVINI, 2009).

A atualização técnico-científica é apenas um dos aspectos da transformação das práticas de saúde em busca da efetivação dos princípios do SUS e consolidação da ESF. É preciso que a educação no trabalho seja contextualizada com a realidade das equipes de saúde e comunidade e produza um novo saber, compartilhado, ressignificado e com potência de criação para os sujeitos comprometidos com a mudança real do trabalho (SANES, 2010).

É preciso enfrentar o desafio de não dicotomizar atenção individual e coletiva, doença e saúde, não fragmentar os grupos de trabalhadores, não perder o conceito de atenção integral e realizar o trabalho junto à população. É preciso reconhecer que o cuidar se constitui em espaços de escuta, acolhimento, diálogo e relação ética e dialógica entre os diversos atores produtores de cuidado (MACHADO, *et al*, 2007).

Para oferecer um cuidado de melhor qualidade, com aumento da resolutividade, compreensão das necessidades de saúde, intervindo efetivamente nos problemas locais é preciso construir um processo educativo diferente deste que se falou até agora.

Pensar este processo requer deslocar o foco das demandas de atualização individual para as demandas do processo de trabalho em equipe, rompendo com a alienação do trabalho e resgatando a possibilidade de produzir conhecimento a partir das práticas, da democratização do trabalho e da possibilidade dos profissionais se reconstruírem dentro do mundo do trabalho (SANES; ARRIECHE; CESTARI, 2010; SILVA; OGATA; MACHADO, 2007).

É neste contexto que se insere a Educação Permanente em Saúde que coloca o cotidiano do trabalho em saúde em análise e que

possibilita construir espaços coletivos para reflexão e avaliação dos atos produzidos no cotidiano, implicando seus agentes à práticas organizacionais orientadas para maior resolutividade dos problemas de saúde (CECCIM, 2005).

Quando olhamos para as falas dos sujeitos da segunda subcategoria, esta é a concepção de educação permanente que permeia seu agir. Uma proposta que prevê transformar as práticas diárias em aprendizagem ao analisar os problemas da prática, valorizando o processo de trabalho da equipe em seu contexto intrínseco.

O enfoque da Educação Permanente representa uma importante mudança na concepção e nas práticas de capacitação dos trabalhadores, pois supõe inverter a lógica do processo incorporando o ensino e o aprendizado ao cotidiano dos serviços, tendo a prática como fonte de problemas, colocando as pessoas como atores reflexivos dessa prática e abordando a equipe como estrutura de interação (DAVINI, 2009). A EP pode auxiliar na organização do trabalho e representa a possibilidade de responder adequadamente aos problemas e necessidades de saúde da população em seu contexto local (COSTA, 2010).

Uma característica marcante da Educação Permanente, reconhecida pelos sujeitos da segunda subcategoria é a problematização da prática que pressupõe a identificação de problemas, reflexão sobre eles e busca de referenciais que o expliquem, retornando com proposta diferenciada em busca de transformação do instituído. A partir deste processo o sujeito é capaz de perceber-se no contexto e a idéia muda, transformando uma realidade antes imutável em possível de ser transformada (BARBOSA; FERREIRA; BARBOSA, 2012).

Para que isso aconteça é essencial que as pessoas percebam e tomem contato com os desconfortos do cotidiano dos serviços percebendo que a maneira atual de fazer as coisas é insuficiente para dar conta dos desafios do trabalho, sendo a vivência e a reflexão sobre as práticas vividas que produzem o contato com o desconforto. A problematização é fundamental para produzir mudanças de práticas de gestão e de atenção e aproximar a equipe aos conceitos de atenção integral, humanizada e de qualidade (CECCIM, 2005a).

Outra importante característica da Educação Permanente a ser ressaltada é a referência à aprendizagem significativa que diferentemente da aprendizagem mecânica que preza pelo acúmulo de conteúdos, o material a ser aprendido tem de fazer algum sentido para o aprendiz, os conteúdos trabalhados devem necessariamente ter funcionalidade e relevância para a prática profissional e se relacionar o conhecimento prévio do trabalhador que são permeados pelos seus valores, atitudes e significações pessoais (CARDOSO, 2012). Valorizando as necessidades e subjetividades da equipe de saúde.

Diante do exposto, percebe-se que há uma coexistência de diferentes concepções de Educação Permanente no grupo de sujeitos estudados. Para o primeiro grupo, houve apenas uma mudança de nomenclatura, com pequenas incursões, e a Educação Continuada e Educação Permanente são vistas como sinônimos, concepção superada pelo segundo grupo. Assim, percebe-se que a educação no trabalho insere-se num contexto tenso em que é possível tanto reproduzir a tecnicidade e a normatividade do trabalho como promover a recomposição do processo de trabalho na perspectiva de fortalecimento do SUS (PEDUZZI, 2009).

Porém, ainda vale ressaltar que alguns elementos das falas dos sujeitos da primeira subcategoria pode indicar uma possível inclinação à mudança no sentido de aproximar sua concepção de Educação Permanente para mais próximo do instituído pela política pública.

Para o primeiro grupo, Educação Permanente também está relacionado a troca de saberes que aliado ao envolvimento e participação de todos os profissionais têm a potência de levar os sujeitos a revisitar suas ações e refletir sobre elas, propiciando a construção do conhecimento novo encontrando novas perspectivas para sua atenção (BARBOSA; FERREIRA; BARBOSA, 2012).

Quando os temas para as capacitações são gerados a partir das necessidades da prática possibilita uma outra relação dos sujeitos com o conteúdo, já que a realidade vivida adquire outro significado para os sujeitos. Porém, para que essa apropriação impacte em ações e práticas de saúde mais resolutivas, é preciso antes que as necessidades analisadas sejam a da

população e não somente dos trabalhadores ou dos programas (SANES, 2010).

É importante destacar que a responsabilização pelo processo educativo não pode ser exclusivamente dos trabalhadores, é essencial que o projeto da Educação Permanente seja também um projeto institucional que envolva a formação, a gestão, a assistência e o controle social (CECCIM, FEUERWERKER, 2004).

➤ **Categoria 4: Dificuldades na realização das ações educativas**

Esta categoria foi formada pela classe 4 da análise ALCESTE, sendo que contém um total de 75 u.c.e. correspondendo a 13% das u.c.e. analisadas.

As variáveis mais expressivas nesta categoria são apresentadas no quadro a seguir.

**Quadro 20-** Variáveis mais expressivas na categoria - *Dificuldades na realização das ações educativas*, a partir da análise ALCESTE.

<b>Frequência na classe</b>	<b>Porcentagem sobre o total da classe</b>	<b><math>\chi^2</math></b>	<b>Variável</b>
44	20%	18	Município "E"
39	17%	5	Contrato OS
27	17%	4	Sem especialização
31	17%	4	0 a 1 ano de formação
37	16%	3	20 a 30 anos de idade

Compõem esta categorias indivíduos de 20 a 30 ano, com 0 a 1 ano de formação e sem especialização. Destaca-se ainda o contrato por OS e o município "E".

O quadro 21 mostra o perfil de palavras desta categoria.

**Quadro 21-** Perfil da categoria - *Dificuldades na realização das ações educativas*, a partir da análise ALCESTE.

<b>Freqüência na classe</b>	<b>Porcentagem sobre o total da classe</b>	<b>X<sup>2</sup></b>	<b>Forma reduzida</b>	<b>Palavras</b>
7	59%	79	melhor	melhora, melhorada, melhorando, melhoras
14	70%	60	funcionar	funcionar, funcionário, funcionários
17	50%	39	tempo	tempo
9	60%	31	reunião_de_eq	reunião de equipe
11	56%	30	papel	papel
12	44%	23	serv	serviço
11	42%	21	mud	muda, mudada, mudar, mudasse
32	27%	15	trabalh	trabalha, trabalhar, trabalhinho, trabalho
3	75%	14	capacit	capacitação
5	50%	13	atendi	atendi, atendimento
11	34%	13	important	importante, importantes
8	43%	12	curso	curso, cursos
12	30%	10	precis	precisa, precisando, precisar, preciso
7	40%	10	mudança	mudança, mudanças
8	35%	9	avali	avalia, avaliação, avaliar, avalio
20	26%	8	reuni	reunião, reuniões
6	32%	6	dificuldade	dificuldade, dificuldades
3	40%	3	critic	crítica, criticado
11	23%	3	convers	conversa, conversando, conversar
3	27%	2	horario	horário
9	20%	2	enfermeir	enfermeira, enfermeiras, enfermeiro

As palavras que descrevem esta categoria estão relacionadas ao fazer da ação educativa (tempo, reunião de equipe, papel, serviço) e quando analisadas em seu contexto referem-se principalmente às dificuldades enfrentadas pelas equipes de saúde em seu desenvolvimento.

Uma das dificuldades apontadas é a falta de motivação da equipe em participar das atividades educativas, embora refiram que este aspecto vem melhorando. No início, quando as atividades foram implantadas, principalmente na forma de reuniões de equipe, os profissionais apresentavam muita resistência para participação, e com o tempo e utilização de estratégias de

discussão a resistência tem sido amenizada, mas ainda se apresenta como grande entrave na visão das entrevistadas.

*“então as vezes ele pensa que é inutil, mas ele também tem que pensar no serviço dele no dia a dia. As vezes eles acham que é perda de tempo, mas a gente percebe que eles estão juntos e de uma forma negativa eu coloco” (ind 06).*

*“a gente sente que eles não gostam, a gente está preocupada também, tem aquele horário para ter a reunião [...] no início foi bem pior, já deu uma melhorada boa, porque eles acham que é perda de tempo, eles acham que o trabalho deles é mais importante que a reunião” (ind 01).*

Isso pode ser explicado, talvez pela forma como são realizadas as atividades educativas ainda focadas na atualização de temas, de forma vertical que pouco influenciam na mudança na prática de trabalho, reflexo de um processo de trabalho fragmentado orientado muitas vezes pelas ações programáticas que padronizam as capacitações a partir dos manuais a serem seguidos. Neste contexto, o trabalhador é considerado uma “caixa vazia” que deve ser orientado pela norma, levando os profissionais ao desinteresse, à alienação e à desresponsabilização em relação aos resultados finais, caracterizado pela produção do cuidado centrado em procedimentos (FEUERWERKER, 2005, MERHY, 2007).

Temos que considerar que o trabalho em saúde se baseia em uma relação entre pessoas, em todas as fases de sua realização, e por isso está sempre sujeito aos desejos de seus atores, inclusive do trabalhador, que em seu espaço privado de prática, de alguma forma, exerce sua autonomia e age como lhe parece correto, de acordo com as suas idéias, valores e concepções acerca da saúde (FEUERWERKER, 2005).

Os serviços de saúde se constituem palco de disputas entre seus diversos atores que atuam fazendo uma mistura entre os seus espaços privados e o processo público de trabalho. O cotidiano se apresenta em duas

faces – a das normas e papéis institucionais e das práticas privadas de cada trabalhador (MERHY, 2007).

Essas características do trabalho em saúde geram alguns campos de tensão que precisam ser considerados quando se objetiva a mudança da prática (MERHY, 2007).

O primeiro campo de tensão é demarcado pelo fato que o território das práticas de saúde é um espaço de disputas e constituição de políticas a partir da ação de diversos atores que de acordo com seus interesses e capacidades de ação, aliam-se ou confrontam-se na tentativa de afirmar uma certa conformação de saúde.

O segundo campo é delimitado pelo fato que o trabalho em saúde é um terreno do trabalho vivo em ato que confere ao ato de produzir saúde a característica de sempre ser operado com altos graus de incerteza e com grau importante de autonomia do trabalhador.

E por último, o terceiro campo é marcado pelo fato que o território das organizações de saúde está sempre tensionado pela polaridade entre autonomia e controle uma vez que é um espaço de intervenção de diferentes atores com suas capacidades de autogoverno que disputam com as normas e regras instituídas a orientação do dia a dia.

Para superar a falta de motivação e estimular a participação autônoma e reflexiva dos trabalhadores, estes campos de tensão devem ser vistos como lugares estratégicos de intervenção. A incerteza e a autonomia abrem possibilidades para a construção de novos valores, compreensões e relações ao passo que a tensão entre autonomia e controle abre possibilidades para construção de estratégias que levem o trabalhador a utilizar o seu espaço privado de ação em favor do interesse público (FEUERWERKER, 2005).

É nesse contexto que a EPS deve ser incluída nas organizações de saúde, como estratégia que leve o profissional a romper com o instituído, no momento em que, utilizando de sua subjetividade e de seu autogoverno, seja capaz, a partir da problematização do cotidiano das práticas de saúde, elaborar o seu papel no processo de produção de cuidado dando sentido ao seu trabalho (VILAS BÔAS; ARAÚJO; TIMÓTEO, 2008).



Ao envolver os trabalhadores na concepção de seu trabalho, estimula-se a reflexão, a criatividade em busca de novas soluções, o fortalecimento do compromisso e empenho no trabalho e o aumento da responsabilidade social, além de pressupor uma interação enriquecida pela troca de saberes, poderes e afetos entre os trabalhadores (CUNHA; MAGAJEWSKI, 2012).

Estes espaços de interação têm a potência de gerar condições para mudanças nos processos de trabalho aprimorando suas finalidades, objetivos e interações que seja defender a vida dos usuários, individuais e coletivos, através da produção de um cuidado democrático.

Porém, tem de se considerar que instituir estes espaços de discussão e reflexão do cotidiano e das relações não acontece sem gerar conflitos no interior das equipes que precisam olhar para sua prática e muitas vezes reconhecer a fragilidade de suas ações para então ressignificá-las e transformá-las na busca de melhores condições de saúde para a população.

Outra dificuldade referida pelas entrevistadas é a falta de tempo para a efetivação das atividades educativas. Da forma como está organizado o trabalho dentro da unidade de saúde não há espaço para discussões sistematizadas.

Em todos os municípios as equipes têm garantido na semana de uma a duas horas para reuniões de equipe, porém na maioria deles as reuniões acontecem com a unidade aberta, são suspensas apenas as consultas programadas, ou seja, as reuniões nunca contam com a presença de todos os profissionais e não dispõem de tempo suficiente para as discussões.

*“e até a maior dificuldade que acho é conseguir o tempo para a gente poder estar fazendo a reunião, que a gente não está fazendo direto as reuniões como a gente já propôs até em uma reunião grande que foi feita com todos os funcionários” (ind 12).*

*“então a gente vai adaptando conforme vai aparecendo as dificuldades, se não tem jeito a gente fica na programação, melhora um*

*pouquinho o trabalho para quando der tempo a gente executa a atividade” (ind 13).*

Muitas vezes a dificuldade de diminuir o tempo destinado à algumas atividades está relacionado a um modo de trabalhar arraigado e hegemônico centrado na assistência, no trabalho individual e na fragmentação do processo de trabalho e pode tornar-se também justificativa à resistência e medo de mudar (SOARES; RAUPP, 2009).

É reflexo de um posicionamento da gestão que apesar de manter um discurso para a mudança, condizente com os preceitos e pressupostos de transformação do modelo de atenção a que se propõe a Saúde da Família, mantém na prática muito do modelo imediatista. Implantar espaços de reflexão em que todos pensam seu trabalho e participam ativamente de seu planejamento significa ter mais tempo para a aprendizagem e reorganização do processo de trabalho global e parciais de forma criativa e para isso é necessário reorganizarmos o tempo dispensado às diversas atividades.

Continuar com o mesmo temo de atendimento, de reuniões, de visitas domiciliares, de procedimentos, de programas, entre outras atividades, do modo como se fazia antes não leva à transformação. É preciso parar para refletir sobre a práxis da equipe e dos sujeitos, ao invés de continuar com o trabalho rotineiro, individual e com baixo compartilhamento e responsabilização (SOARES; RAUPP, 2009).

Porém, esta opção de privilegiar a reflexão, entendendo que ela leva à qualificação da atenção à saúde, não pode ser uma opção apenas das equipes de saúde em sua micropolítica de trabalho, é fundamental que a gestão municipal reconheça este espaço como potente e transformador e apóie os trabalhadores criando condições para realmente efetivar e garantir este espaço, institucionalizando-o.

#### **5.4A Representação Social de Educação Permanente**

Quando analisamos o conteúdo do discurso das entrevistadas, discurso este que reflete suas opiniões, valores e práticas em torno da Educação Permanente, percebe-se que seu entendimento a respeito do objeto

é permeado pela concepção de que educação é uma forma de buscar conhecimento e de atualizar aquilo que foi aprendido nos cursos de formação, sendo que este conhecimento técnico leva à qualificação das ações. A Educação Permanente está centralmente ancorada na noção de educação tradicional.

As Representações Sociais podem ser definidas como uma visão funcional do mundo que permite ao indivíduo ou ao grupo dar um sentido às suas condutas e compreender a realidade através de seu próprio sistema de referências, permitindo ao indivíduo se adaptar e encontrar um lugar nesta realidade (ABRIC, 1998).

Uma representação é constituída de um conjunto de informações, de crenças, de opiniões e de atitudes acerca de um dado objeto social (ABRIC, 1998). Sua construção tem como um de seus determinantes a incorporação do pensamento social pelo sujeito podendo levar a construção de um conhecimento comum, assim como uma reinterpretação das vivências individuais que terá sempre um traço do contexto em que vive (OLIVEIRA, 2011).

Para a concepção pautada na educação tradicional, influenciada pelo contexto histórico de nossa sociedade, o conhecimento é visto como algo que é adquirido por alguém que nada sabe ou pouco sabe a respeito do tema, a partir da transmissão de informações feita por aquele que detém o saber, valorizando o saber disciplinar e trabalho individual (REGO, 1995). Esta representação está ancorada no universo reificado dos sujeitos, referente aos espaços nos quais se produz e circulam as ciências e o pensamento erudito (MOSCOVICI, 1978).

Influenciada por esta representação, as enfermeiras entrevistadas desenvolvem seu trabalho de forma fragmentada, centralizando em si a realização das ações educacionais que são focadas em proporcionar aprendizado aos profissionais com deficiente conhecimento técnico. Este posicionamento por sua vez, reflete no processo de trabalho das equipes que também é fragmentado, focado nas competências individuais e marcado pela pouca interação e reflexão da prática, perpetuando o modelo biomédico de atenção à saúde.

Embora esta seja a concepção mais central e estável da representação para estes sujeitos, podemos ver alguns movimentos que se distanciam dela.

Para algumas enfermeiras a educação permanente também é uma forma de resolução de problemas e estratégia para transformação do processo de trabalho, em que há troca de saberes entre os sujeitos e os temas para aprendizado provém da prática cotidiana.

Estes movimentos estão mais ligados ao contexto local de cada equipe, estando associados ao universo consensual dos sujeitos, correspondem às atividades intelectuais da interação social cotidiana (MOSCOVICI, 1978).

Estes novos conceitos estão mais próximos do conceito de Educação Permanente preconizado pela PNEP e geram práticas mais integralizadoras, que através da problematização das práticas, tem potência de realmente transformar o processo de trabalho das equipes de saúde para um cuidado centrado nas reais necessidades da população.

Percebe-se que há uma possibilidade de modificação da representação social para este grupo, que poderá ocorrer se estas novas práticas, desencadeadas por esta nova concepção, tiveram força para se manter e progressivamente se integrarem à concepção original, gerando uma nova representação do objeto (ABRIC, 1998).

Para que estes movimentos sejam incorporados, é preciso que eles sejam significativos e provoquem uma ruptura com o instituído, ao ponto que a antiga representação não seja mais suficiente para explicar a realidade dos sujeitos, se torne estranha à identidade daquele grupo e não seja mais suficiente para justificar sua tomada de posição frente aos desafios enfrentados.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

---

Identificar a Representação Social de Educação Permanente para as enfermeiras deste estudo propiciou olhar mais de perto para a dimensão educativa do trabalho desta profissional na atenção primária, buscando entender suas práticas para assim poder interferir em seu processo de trabalho para melhor qualificação de suas ações que podem refletir em uma assistência à saúde mais resolutiva e integral.

A representação de Educação Permanente para as enfermeiras estudadas ainda está pautada no conceito de educação tradicional, levando à ações que pouco influenciam na mudança do modelo de atenção, embora também já apareçam alguns movimentos de modificação desta concepção.

A Estratégia Saúde da Família nos municípios estudados, da maneira como está estruturada leva a enfermeira à ocupar papel central nas ações de educação para o trabalho realizadas nas Unidades de Saúde e esta centralidade pode ser utilizada a favor das mudanças pretendidas pela estratégia, se estas profissionais forem levadas a repensar sua prática e a partir de sua influência sobre a equipe propiciar a reflexão e assim construir juntos novas maneiras de se relacionar e cuidar em saúde. Ou seja, é fundamental que a enfermeira sinta-se responsável e sujeito ativo de mudanças na construção de um campo da saúde que não é privativo de nenhum núcleo profissional, mas se constitui nas relações entre seus diversos atores.

É preciso investir na formação destas profissionais para que os processos educativos sejam vistos como dispositivos para a análise das experiências locais e da organização das ações e levem os sujeitos a assumirem seu protagonismo no desenvolvimento do SUS. É necessário repensar no coletivo das equipes novos modelos assistenciais, novas formas de organização do processo de trabalho e sua importância na compreensão da assistência à saúde, aprofundando o debate sob novos fundamentos teóricos.

E é neste contexto que se insere a Educação Permanente que visa a transformação dos trabalhadores a partir da modificação de valores e conceitos, colocando-os no centro do processo ensino aprendizagem.

Para que a Saúde da Família cumpra com seu papel, é imprescindível investir em quem faz a Saúde da Família acontecer todos os dias. A qualificação dos profissionais é peça fundamental para a melhoria da qualidade da atenção oferecida à população.

Neste estudo, percebeu-se uma grande ênfase das ações educativas ao papel dos agentes comunitários de saúde, explicitando o pouco investimento à formação em serviço dos auxiliares de enfermagem.

Isso pode ser reflexo de uma concepção de que os auxiliares de enfermagem não precisariam de muito investimento em seu trabalho, uma vez que sua função é essencialmente técnica, realizando os procedimentos próprios de sua profissão aprendidos em sua formação escolar. A dimensão relacional deste profissional é pouco explorada pela equipe, e o enfermeiro assume grande responsabilidade nisto. Na busca da mudança do modelo de atenção é necessário que o auxiliar de enfermagem se instrumentalize-se das tecnologias de relações, centrando as ações de saúde na lógica de produção de cuidado

É importante que o enfermeiro ocupe o seu papel de co gestor na Unidade de Saúde, cumprindo com suas atribuições específicas de responsabilidade técnica, principalmente dos auxiliares de enfermagem, assumindo a importância deste profissional na Saúde da Família, trabalhando de forma a fortalecer a atuação deste profissional e promover a integração da equipe em busca da qualificação da atenção à saúde.

Acredita-se que um investimento na formação dos enfermeiros e dos outros profissionais na lógica da Educação Permanente seja um instrumento para que eles se sintam ao mesmo tempo aprendizes e produtores de novos processos de trabalho e que leve também a uma nova construção da relação do serviço com a população, entendida como cidadãos de direito, tendo em vista o desenvolvimento da autonomia dos usuários diante do cuidado e da capacidade de gestão social das políticas de saúde.

Vale destacar o papel central que a gestão municipal ocupa neste processo de construção. O direcionamento técnico político tem que ser o mesmo em todos os níveis de gestão para que as mudanças encontrem terreno fértil para se instalarem. Se a gestão municipal mantiver o mesmo

enfoque tecnicista e imediatista, exigindo da equipe a produção de procedimentos, as transformações serão apenas superficiais e não duradouras, podendo até levar a equipe ao sofrimento diante da impotência de suas ações.

A potência pedagógica da Educação Permanente tem de ser descentralizada e disseminada entre trabalhadores, gestores, formadores e usuários.

Acredita-se que este trabalho contribui para melhor conhecer a realidade da EPS na micropolítica das equipes estudadas e pode ser utilizada para indicar ações no sentido de continuar o processo de transformação iniciado.

Porém, apresenta uma limitação neste cenário, visto que foca o olhar para a concepção de apenas de um ator deste processo, neste momento histórico, indicando a necessidade e a pertinência de estudos que o complementem através do olhar dos outros atores.

## 7. REFERÊNCIAS

---

ABRIC, J.C. A abordagem estrutural das representações sociais. In: MOREIRA, A.S.P.; OLIVEIRA, D.C. (Org). **Estudos interdisciplinares de representação social**. Goiania: AB, 1998. p. 27-38.

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 – Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 5, n.9, p. 150-153, 2001.

ARAÚJO, M.B.S.; ROCHA, P.B. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.2, p.455-464, 2007.

BACKES, D.S; BACKES, M.S; ERDMANN, A.L.; BUSCHER, A. O papel profissional do enfermeiro no Sistema Único de Saúde: da saúde comunitária à estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.17, n.1, p. 223-230, 2012.

BALBINO, A.C. Educação Permanente com os Auxiliares de Enfermagem da Estratégia Saúde da Família em Sobral, Ceará. **Trab. Educ. Saúde**, , v. 8 n. 2, p. 249-266, 2010.

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. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.33, n.1, p.56-63, 2012.

BARDIN, L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70, 2008.

BARRETO. I.C.H.C.; ANDREADE, L.O.M; MOREIRA, A.E.M.M.; MACHADO, M.M.T.; SILVA, M.R.F.; OLIVEIRA, L.C.; MOURA, W.V.B.; GOIS, C.W.L.; CAVALCANTE, C.G.C.S.; ÁVILA, M.M.M.; ARAÚJO, M.F.M, SILVA, L.M.S.; PEIXOTO, M.V.B.; ARRUDA, C.A.M.; SILVA, A.L.F.; LINS, H.M.. Gestão Participativa no SUS e a Integração Ensino, Serviço e Comunidade: a experiência da Liga de Saúde da Família, Fortaleza, CE. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.21, supl.1, p.80-93, 2012.

BECKER, F. O que é construtivismo? **Série Idéias**, São Paulo, n. 20, p. 87-93, 1994.

BENITO, G.A.V.; BECKER, L.C. Atitudes gerenciais do enfermeiro no Programa Saúde da Família: visão da Equipe Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.60, n.3, p. 312-316, 2007.

BERTONCINI, J.H.; PIRES, D.E.P.; SCHERER, M.D.A. Condições de trabalho e renormalizações nas atividades das enfermeiras na saúde da família. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, supl.1, p. 157-173, 2011.



BORNSTEIN, V.J.; STOTZ, E.N. Concepções que integram a formação e o processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: uma revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.13, n1, p.259-268, 2008.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação Estruturante do SUS**. Brasília: CONASS, 2011a. 534 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011b**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: < <http://www.brasil-sus.com.br/legislacoes/gm/110154-2488.html> >. Acesso em: 28 jan. 2011.

\_\_\_\_\_. 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. 65p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Gestão participativa e cogestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.996 , de 20 de agosto de 2007**. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Disponível em: < [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria\\_1996-de\\_20\\_de\\_agosto-de-2007.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria_1996-de_20_de_agosto-de-2007.pdf) >. Acesso em: 28 jan. 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 648, de 28 de Março de 2006**. Aprova a política Nacional de Atenção Básica. Disponível em: < [http://www.saude.pb.gov.br/web\\_data/saude/.../portaria\\_648.doc](http://www.saude.pb.gov.br/web_data/saude/.../portaria_648.doc) >. Acesso em 28 jan. 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004a**. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Disponível em: < <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portariagm198polos.pdf> >. Acesso em: 28 jan. 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios)

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Atuação do enfermeiro na Atenção Básica. **Informe da Atenção Básica**, Brasília, v.3, n.16, 2p. 2002a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Educação Permanente. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.44 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **ABC do SUS** – doutrinas e princípios. Brasília: Ministério da Saúde, 1990. 10p.

CAMARGO, B.V. ALCESTE: um programa informático de análise quantitativa de dados textuais. In: MOREIRA, A.S.P. *et al* (Org). **Perspectivas teórico metológicas em representações sociais**. João Pessoa: UFPB/ Editora Universitária, 2005. p.511-540.

CAMPOS, G.W.S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos: a construção do sujeito, a produção de valor e a democracia em instituições – o método da roda**. São Paulo:Hucitec, 2000a.

CAMPOS, G.W.S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência e Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.5, n.2, p.219-230, 2000b.

CARDOSO, I.M. Rodas de Educação Permanente” na Atenção Básica de Saúde: analisando contribuições. **Saúde e Sociedade**, Rio de Janeiro, v.21, supl.1, p.18-28, 2012.

CARDOSO, T.Z. *et al*. Processo de trabalho de auxiliares e técnicos de enfermagem na Atenção Básica à Saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.64, n.6, p.1087-1093, 2011.

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

\_\_\_\_\_. **Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde**. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.10, n.4, p.975-986, 2005b.

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

COLL, C. **Psicologia e currículo: uma aproximação psicopedagógica à elaboração do currículo escolar**. São Paulo: Ática, 2000.

CORDEIRO, H.; ROMANO, V.F.; SANTOS, E.F.; FERNANDES, E.; PEREIRA, T.R.; PEREIRE, A.T.S. 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, p. 695-710, 2009.

COSTA, BLG. Desenvolvimento do Programa Saúde da Família no Brasil. **Enfermagem Brasil**, São Paulo, v.2, n.1, 2003.

COSTA, G.D; CEZAR-VAZ, M.R.; CARDOSO, S; SOARES, L.S.; Saúde da Família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. **Rev. Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.62, n.1, p. 113-118, 2009.

COSTA, V.Z.; CEZAR-VAZ, M.R.; CARDOSO, S; SOARES, L.S.. Educação permanente no Programa Saúde da Família: um estudo qualitativo. **Investigación y educación em enfermería**, Medellin, v.28, n3, 2010.

CUNHA, P.F.; MAGAJEWSKI, F. Gestão Participativa e Valorização dos Trabalhadores: avanços no âmbito do SUS. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.21, supl.1, p.71-79, 2012.

DAVINI, M.C. Enfoques, Problemas e Perspectivas na Educação Permanente dos Recursos Humanos de Saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde** Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

ERMEL, R.C.; FRACOLLI, L.A. O trabalho das enfermeiras no Programa de Saúde da Família em Marília/SP. **Revista da Escola de Enfermagem USP, Ribeirão Preto**, v. 40, n.4, p.533-539, 2006.

FERNANDES, M.C.G.O.; OTENIO, M.H.; OTENIO, C.C.M. Representação da participação do enfermeiro no processo educativo e nas relações humanas do trabalho. **Revista de Administração em Saúde**. v. 12, n. 46, p. 31-40, 2010.

FERREIRA, V.S.C; ANDRADE, C.S.; FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. Processo de trabalho do agente comunitário de saúde e a reestruturação produtiva. **Caderno de Saúde Pública**, Piracicaba, v.25, n.4, p.898-906, 2009.

FERREIRA, R.C.; SILVA, R.F.; AGUER, C.B. Formação do profissional médico: a aprendizagem na atenção básica de saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v.31, n.1, p.52-59, 2007.

FEUERWEKER, L.M. Estratégias para a mudança da formação dos profissionais de saúde. **Cadernos CE**. v.2, n,4, p.11-23, 2001.

\_\_\_\_\_. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Interface - Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v.9, n.18, p.489-506, 2005.

FORTUNA, C.M; MISHIMA, S.M; MATUMOTO, S.; PEREIRA, M.J.B. O trabalho de equipe no programa de saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.13, n.2, p. 262-268, 2005.

FUNDAÇÃO SEADE. Disponível em: <<http://www.seade.gov.br>>. Acesso em: 27 jun. 2012.

GIROTI, S.K.O.; NUNES, E.F.P.A.; RAMOS, M.L.R. As práticas das enfermeiras de uma unidade de saúde da família de Londrina, e a relação com as atribuições do exercício profissional. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v. 29, n. 1, p. 9-26, 2008.

GOMES, K.O.; COTTA, R.M.M.; MITRE, S.M.; BATISTA, R.S.; CHERCHIGLIA, M.L. *O Agente Comunitário de Saúde e a consolidação do Sistema Único de Saúde: reflexões contemporâneas*. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.20, n. 4, p. 1143-1164, 2010.

HORTA, W.A. *Processo de Enfermagem*. São Paulo: EPU, 1979. 99p.

JESUS, M.C.P.; *et al.* O discurso do enfermeiro sobre a prática educativa no programa saúde da família em Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil. **Revista APS**, Juiz de Fora, v.11, n.1, p.54-61, 2008.

JODELET, D. Representações sociais: um domínio em expansão. In: \_\_\_\_\_. (Org). **As representações sociais**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001. p.17-44.

JONAS, L.T.; RODRIGUES, H.C.; RESCK, Z.M.R. A função gerencial do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: limites e possibilidades. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v.14, n.1, p. 28-38, 2011.

LAVADO, M.M.; BENITO, G.A.V.; BITDINGER, C.; SOARES, C.L.S.; SILVA, T.A.V. Avaliação do processo de trabalho médico no programa saúde da família: uma ferramenta para educação permanente. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, Florianópolis, v 36, n. 2, p.75-81, 2007.

MACHADO, M.F.A.S.; MONTEIRO, E.L.E.M.; QUEIROZ, D.T.; VIEIRA, N.F.C.; BARROSO, M.G.T. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.2, p.335-342, 2007.

MARQUES, G.Q.; LIMA, M.A.D.S. As tecnologias leves como orientadoras dos processos de trabalho em serviços de saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.25, n.1, p.17-25, 2004

MARTINS, J.J.; ALBUQUERQUE, G.L. a utilização de tecnologias relacionais como estratégia para humanização do processo de trabalho em saúde. **Ciência Cuidado e Saúde**, Maringá, v.6, n.3, p.351-356, 2007.

MATUMOTO, S; FORTUNA, S.M.; MISHIMA, S.M.; PEREIRA, M.J.B; DOMINGOS, N.A.M. Supervisão de equipes no Programa de Saúde da Família: reflexões acerca do desafio da produção de cuidados. **Interface - Comunicação, Saúde e Educação.**, v.9, n.16, p.9-24, 2005.

MAZARI, C.K.; JUNGES, J.R., SELLI, L. Agentes comunitários de saúde: perfil e formação. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.16, supl.1, p. 873-880, 2011.

MEDEIROS, A.C.; PEREIRA, Q.L.C.; SIQUEIRA, H.C.H.; CECAGNO, D.; MORAES, C.L. Gestão participativa na educação permanente em saúde: olhar das enfermeiras. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.63, n.1, p. 38-42, 2010.

MELO, E.M., *et al.* A organização da Atenção Básica em municípios integrantes do Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família em Mato Grosso, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, sup.1, p.S29-S41, 2008.

MENDES GONÇALVES. R.B. **Práticas de saúde:** processo de trabalho e necessidades. São Paulo: CEFOR, 1992. 53p.

MENDONÇA, M.H.M. Desafios para gestão do trabalho a partir de experiências exitosas de expansão da Estratégia de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n.5, p. 2355-2365, 2010.

MERHY, E.E. **Saúde:** a cartografia do trabalho vivo. 3ed. São Paulo: Hecitec, 2007.

\_\_\_\_\_. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. **Interface Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v.9, n16, p.161-177, 2005.

\_\_\_\_\_. **Um dos grandes desafios para os gestores do SUS:** apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção Campinas, 2002. Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-12.pdf>. Acesso em: 23 abr 2011.

\_\_\_\_\_. **O ato de cuidar como um dos nós críticos “chaves” dos serviços de saúde.** Campinas, 1999. Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/artigos-04.pdf>. Acesso em: 23 abr 2011.

\_\_\_\_\_. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In Merhy E.E.E; Onocko, R. **Agir em saúde:** um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997.

MERHY E.E.; FRANCO, T.B. Programa de Saúde da Família: somos contra ou a favor? **Saúde em debate**. Rio de Janeiro, v.26, n.60, p.118-122, 2002.

MERHY E.E.; FEUERWERKER, L.; CECCIM, R. Educación Permanente en Salud: una Estrategia para Intervenir en La Micropolítica del Trabajo en Salud. **Revista Salud Colectiva**, Lanus, v.2, n.2, p.147-160. 2006.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2007. 406p.

MISHIMA, SM. *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: Ministério da Saúde, 2003. p.137-156.

MORRETTI-PIRES, R.O. O médico para Saúde Coletiva no Estado do Amazonas: lacunas na formação, lacunas na atenção. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v.33, n.3, p. 428 – 436, 2009.

MOSCOVICI, S. **A representação social da psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar editores, 1978. 291p.

\_\_\_\_\_. **O fenômeno das representações sociais**: representações Sociais Investigações em psicologia social. Petrópolis: Editora Vozes, 2003. p.29-110.

NASCIMENTO, E.P.L.; CORREA, C.R.S. O agente comunitário de saúde: formação, inserção e práticas. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.6, p.1304-1313, 2008.

NOBREGA, S.M. **O que é representação social**. 1990. 76p. Mimeografado.

OLIVEIRA, F.O.; WERBA, G.C. Representações sociais. In: STREY, M.N. **Psicologia Social contemporânea**. 2Ed. Petrópolis: Vozes, 1998.

OLIVEIRA, M.K. Vygotsky e o processo de formação de conceitos. In: TAILLE, Y.; OLIVEIRA, M.K.; DANTAS, H. **Teorias psicogenéticas em discussão**. São Paulo: Summus editorial, 1992, p. 23-34.

OLIVEIRA, D.C. A Teoria das Representações Sociais como grade de leitura da saúde e da doença: a constituição de um campo interdisciplinar. In: ALMEIDA, A.M.O.; SANTOS, M.F.S.; TRINDADE, Z.A. **Teoria das Representações Sociais 50 anos**. Brasília: Tecnopolitok, 2011. p. 585-624.

OLIVEIRA, D.C.; GOMES, A.M.T.; MARQUES, S.C. Análise estatística de dados textuais: alguns princípios e uma aplicação ao campo da Saúde. In: MENIN, M.S.S.; SHIMIZU, A.M. (Orgs). **Experiência e Representação Social**: questões teóricas e metodológicas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005. p.157-200.

OLIVEIRA, D.C.; TEIXEIRA, M.C.T.V; FISCHER, F.M.; AMARAL, M.A. O Estudo das representações sociais através de duas metodologias de análise de dados. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v.11, n.3, 317-327, 2003.

PASCHOAL, A.S; MANTOVANI, M.F; LACERDA MR. A educação permanente em enfermagem: subsídios para a prática profissional. **Revista Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, v.27, n.3, p.336-343, 2006.

PEDUZZI, M.; GUERRA, D.A.; BRAGA, C.P.; LUCENA, F.S.; SILVA, J.A.M. Atividades educativas de trabalhadores na atenção primária: concepções de educação permanente e de educação continuada em saúde presentes no cotidiano de Unidades Básicas de Saúde em São Paulo. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.13, n.30, p.121-34, 2009.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública, Ribeirão Preto**, v.35, n.1, p.103-109, 2001.

PEDUZZI, M.; SCHRAIBER, L.B. **Processo de trabalho em saúde**. Disponível em: < <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/protrasau.html> >. Acesso em: 10 jan 2012.

PEREIRA, F.J.C. Análise dos dados qualitativos aplicados à representações sociais. In: MOREIRA, A.S.P. *et al* (Org). **Perspectivas teórico metológicas em representações sociais**. João Pessoa: UFPB/ Editora Universitária, 2005. p.25–55.

PIRES, A.P. Amostragem e pesquisa qualitativa: ensaio teórico e metodológico. In: POUPART, J. *et al*. **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. Petrópolis: Vozes, 2008. p.154-211.

PIRES, D. Reestruturação produtiva e conseqüências para o trabalho em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.53, p.251-63. 2000.

POUPART, J. A entrevista de tipo qualitativo: considerações epistemológicas, teóricas e metodológicas. In: POUPART, J. *et al*. **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. Petrópolis: Vozes, 2008. p.215-253.

REGO, T.C. **Vygotsky – uma perspectiva histórica cultural de educação**. Rio de Janeiro: Vozes, 1995. p. 85-118.

REIS, M.A.S.; FORTUNA, C.M.; OLIVEIRA, C.T.; DURANTE, M.C. A organização do processo de trabalho em uma unidade de saúde da família: desafios para a mudança das práticas. **Interface - Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v.11, n.23, p.655-666, 2007.

RODRIGUES, L.C.R.; JULIANI, C.M.C.M. Processo de cogestão na Estratégia Saúde da Família: perspectiva de enfermeiros. **Ciencia, Cuidado e Saúde**, v.9, n.2, p.390-397, 2010.

ROSA, W.A.D.; LABATE, R.C. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. **Revista Latino americana Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.13, n.6, p.1027-1034, 2005.

SANES, M.S. **Discursos Possíveis da Educação Permanente na Estratégia Saúde da Família**. 2010. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, 2010.

SANES, M.S.; ARRIECHE, T.A.; CESTARI, M.E.C. A educação no discurso de uma equipe de saúde da família. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v.15, n.3, p.480-485, 2010.

SILVA, J.A.M.; OGATA, M.N.; MACHADO, M.L.T. Capacitação dos trabalhadores de saúde na atenção básica: impactos e perspectivas. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiania, v.9, n.2, p.389-401, 2007.

SILVÉRIO, J.B. **Programa de educação permanente para médicos de família**. Revista de Medicina, Ribeirão Preto, v.18, n.60, supl, p. 60-66, 2008.

SOARES, C.C.C. Em torno do pensamento social e do conhecimento do senso comum. A aplicação da metodologia Alceste em contextos discursivos distintos. In: MOREIRA, A.S.P. *et al* (org). **Perspectivas teórico metodológicas em representações sociais**. João Pessoa: UFPB/ Editora Universitária, 2005. p.541-572.

SOARES. R.S.; RAUPP, B. Gestão compartilhada: Análise e Reflexões sobre o processo de implementação em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde do SUS. **Revista APS**, Juiz de Fora, v. 12, n. 4, p. 436-447, 2009.

SOUSA, C. Desenvolvimento cognitivo e aprendizagem – implicações no modelo de ativação do desenvolvimento psicológico. In: ALMEIDA, L.S.; TAVARES, J. Conhecer, aprender, avaliar. Porto Alegre: Porto Editora, 1998.

SOUSA, M.F. A enfermagem reconstruindo sua prática: mais que uma conquista do PSF. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.53, nº especial, p.25-30, 2000.

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

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

SPINH, M.J.P. O estudo empírico das representações sociais. In: SPINH, M.J.P. **O conhecimento do cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social**. São Paulo: Brasiliense, 1993. p.85-108.



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

VILLAS BÔAS, M.F.M.; ARAÚJO, M.B.S.; TIMÓTEO, R.P.S. A prática gerencial do enfermeiro no PSF na perspectiva da sua ação pedagógica educativa: uma breve reflexão. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.13, n.4. p.1355-1360, 2008.

## APÊNDICE A

### 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

### Variáveis utilizadas nas linhas de comando no software ALCESTE

- **IDADE = id**  
20 a 30 = 01  
31 a 40 = 02  
41 a 50 = 03  
51 a 60 = 04
- **TEMPO DE FORMAÇÃO = tform**  
0 a 5 = 01  
6 a 10 = 02  
>20 = 03
- **PÓS GRADUAÇÃO = pg**  
Não = 01  
Saúde pública/ Saúde da família = 02
- **TEMPO DE ATUAÇÃO NA SAÚDE DA FAMÍLIA = aesf**  
0 a 1 ano = 01  
2 a 5 anos = 02  
6 a 10 anos = 03
- **MUNICÍPIO DA UNIDADE DE SAÚDE = us**  
Descalvado = 01  
Dourado = 02  
Ibaté = 03  
Porto Ferreira = 04  
Ribeirão Bonito = 05
- **TIPO DE CONTRATAÇÃO = tcontr**  
Concurso público = 01  
Contrato OS (Organização Social) = 02  
Cargo comissionado = 03

## ANEXO

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 NITUMA 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 NITUMA 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.

*MMS Nagle*  
**Prof Dr Maurício Meirelles Nagle**  
 Coordenador