



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA

BIANCA DE OLIVEIRA ARAUJO

**EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NA ESTRATÉGIA SAÚDE
DA FAMÍLIA EM BUSCA DA RESOLUBILIDADE DA PRODUÇÃO DO
CUIDADO**

FEIRA DE SANTANA – BA
2015

BIANCA DE OLIVEIRA ARAUJO

**EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NA ESTRATÉGIA SAÚDE
DA FAMÍLIA EM BUSCA DA RESOLUBILIDADE DA PRODUÇÃO DO
CUIDADO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva do Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de Concentração: Políticas, Planejamento e Gestão em Saúde.

Linha de Pesquisa: Políticas, Organização de Sistema, Serviços e Programas de Saúde.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Angela Alves do Nascimento

**FEIRA DE SANTANA – BA
2015**

Ficha catalográfica - Biblioteca Central Julieta Carteado

Araujo, Bianca de Oliveira
A687e Educação permanente em saúde na estratégia saúde da família em busca da resolubilidade da produção do cuidado / Bianca de Oliveira Araujo . –Feira de Santana, 2015.

207 f.: il.

Orientadora: Maria Angela Alves do Nascimento

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Feira de Santana, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2015.

1. Saúde em família. 2. Educação Permanente em Saúde – Camaçari, Bahia. Nascimento, Maria Angela Alves do, orient. II.Universidade Estadual de Feira de Santana. III.Título.

CDU: 614:616-089(814.22)

BIANCA DE OLIVEIRA ARAUJO

**EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NA ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA EM BUSCA DA RESOLUBILIDADE DA
PRODUÇÃO DO CUIDADO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva do Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Feira de Santana, 30 de março de 2015.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Maria Angela Alves do Nascimento
Universidade Estadual de Feira de Santana-UEFS
(Orientadora)

Prof. Dr. Adriano Maia dos Santos
Universidade Federal da Bahia-UFBA
(1º Examinador)

Prof^a. Dra. Marinalva Lopes Ribeiro
Universidade Estadual de Feira de Santana
(2º Examinadora)

No momento atual, tão rico em propostas de transformação é preciso saber questionar, criar e agregar conhecimentos e experiências para produzir mudanças de práticas de gestão e de atenção (FREITAS et al., 2012, p.160).

Aos meus pais **Emilton Mota Araujo** e **Maria São Pedro de Oliveira Araujo** que são meus maiores exemplos de fé, luta e perseverança. Agradeço imensamente pelo amor e carinho que sempre me dedicaram, por acreditarem em mim e me encorajarem a lutar pelos meus sonhos, apoiando-me e fortalecendo-me para seguir a minha trajetória. Vocês são os meus Anjos da Guarda! Amo vocês!

Ao meu marido **Emerson Santos de Araujo**, meu grande amor, por sempre me incentivar a buscar meus sonhos, pela compreensão, apoio, cumplicidade, e por ter vivido comigo cada momento desta trajetória com paciência, dedicação e amor. Seu amor foi fundamental nesta nova conquista. Te amo!

AGRADECIMENTO ESPECIAL

À **Deus**, autor da vida, pelo seu infinito amor, por ter me guiado e me abençoado durante todo esse percurso, me fortalecendo para superar os obstáculos e alcançar os meus objetivos. Obrigada por ter estado comigo em cada momento, pelo dom da vida, e por me permitir vislumbrar mais uma conquista!

À Prof^aDr^a. **Maria Angela Alves do Nascimento** pelos ensinamentos e pela leveza com que me conduziu ao aprendizado. Obrigado por ter sido além de Mestre, amiga, pela compreensão, paciência, compromisso e dedicação e por ter me oportunizado compartilhar momentos ímpares de aprendizagem.

AGRADECIMENTOS

Aos meus irmãos, **Mariana** e **Vítor David** por estarem sempre presentes quando precisei e por terem me apoiado e me incentivado, pelo amor, carinho e união.

Ao meu sobrinho **Matheus** por me proporcionar o amor mais puro que já conheci, e por ser minha fonte de alegria e de renovação de energias.

Aos meus **tios (as)** e **primos (as)** pelo companheirismo, apoio e momentos de alegria.

Aos meus avós **Ana**, **Antônio** (*in memórian*), **Maria** (*in memória*) e **Joaquim** (*in memória*) por serem exemplos de fé e de perseverança diante dos desafios.

Aos meus sogros **Carlita** e **Edson**, e meus cunhados(as) **Cris**, **Cátia**, **Mabian**, **Acácia**, **Izalton**, **Fábio** e **Adiran** pelo cuidado, incentivo e torcida para que meus sonhos se concretizassem, em especial a **Mabian** por sempre me ajudar, e pela companhia e paciência ao me acompanhar durante a coleta de dados.

Aos pequenos **Helena**, **Heloisa**, **Pedro Henrique**, **João Pedro**, **Alice** e **Ana Beatriz** que, em suas ingenuidades de criança, me proporcionaram muitos momentos de alegria, fazendo-me, muitas vezes, me sentir criança novamente.

Aos **colegas/amigos do mestrado**, pelos momentos de aprendizagem e crescimento que juntos compartilhamos, em especial a **Adje**, **Illyane**, **Jucielma**, **Luane**, **Manoela**, **Renata** e **Taciane** que fizeram com que essa caminhada fosse mais prazerosa, dando-me força nos momentos difíceis e por todas às vezes que me fizeram sorrir.

A **Marisa Mélo**, por ter me incentivado a seguir o caminho da pesquisa, e pelas valiosas contribuições neste trabalho.

Aos **docentes do Mestrado**, pelas discussões e conhecimentos compartilhados.

Aos funcionários do Mestrado, **Gorethe Jorge** pelo apoio e dedicação.

À **Secretaria Municipal de Saúde de Camaçari**, pela disponibilidade e por ter autorizado a realização desta pesquisa.

Aos **trabalhadores de saúde** e **gestores** do Município de Camaçari pela atenção com que me receberam e por aceitarem participar deste estudo.

À **CAPES**, pelo auxílio financeiro durante todo o mestrado.

Ao **NUPISC**, por me oportunizar espaços de construção de conhecimento tanto durante a graduação como no Mestrado.

A **UEFS**, por ter me acolhido durante a graduação e no Mestrado se constituindo como uma peça chave para a minha formação e crescimento profissional.

Enfim, agradeço a **todos** que colaboraram direta ou indiretamente com essa conquista, incentivando-me a atingir meus objetivos.

RESUMO

O desenvolvimento de atividades educativas para os trabalhadores de saúde da Estratégia Saúde da Família (ESF) é importante para a realização de um trabalho integral. Porém, é preciso que tais trabalhadores tenham suas práticas educativas orientadas pela Educação Permanente em Saúde (EPS) para a maior resolubilidade das ações demandadas pela população. Este estudo teve como objetivos analisar a prática da EPS desenvolvida na EqSF do Município de Camaçari-BA em busca da resolubilidade da produção do cuidado em saúde aos usuários da ESF e discutir a construção de saberes e práticas da EPS para a EqSF em busca da resolubilidade da produção do cuidado em saúde. Para tanto iniciamos o estudo com a discussão sobre a historicidade da formação dos trabalhadores de saúde no Brasil e as principais concepções pedagógicas presentes na saúde: Educação em Serviço, Educação Continuada e EPS. Posteriormente, discutimos a resolubilidade e a produção do cuidado. Trata-se de um estudo qualitativo, de abordagem crítico analítica, numa perspectiva aproximada do método Dialético, tendo como cenários duas Unidades de Saúde da Família (USF), o Departamento de Atenção Básica (DAB) e a Coordenação de Educação Permanente em Saúde de Camaçari-BA. Os participantes do estudo foram constituídos de dois grupos: trabalhadores de saúde da ESF (Grupo I), gestores do DAB e da CEPS (Grupo II), totalizando 26 participantes. Utilizamos como técnicas de coleta de dados a entrevista semi-estruturada, a observação sistemática e a análise de documentos, e como método de análise de dados a análise de conteúdo. A partir do confronto dos dados emergiram duas categorias: 1- PROCESSO DE TRABALHO DA ESF E A (DES) ARTICULAÇÃO DA EPS NA PRODUÇÃO DO CUIDADO: o pensar e o agir dos protagonistas; 2- RESOLUBILIDADE DA PRODUÇÃO DO CUIDADO NA ESF E A CONSTRUÇÃO DE SABERES E PRÁTICAS: o protagonismo da EPS. Quanto ao processo de trabalho das EqSF os resultados evidenciaram que há o desenvolvimento do trabalho em equipe nas USF estudadas, entretanto, ainda não flui adequadamente o sistema de referência e contrarreferência do município. A compreensão sobre a EPS, na maioria dos trabalhadores de saúde, está associada à capacitação e atualização dos conhecimentos; para os gestores ela é entendida como um processo de reflexão das práticas para a sua transformação que deve acontecer de forma contínua e permanente. Observamos alguns aspectos que prejudicam o desenvolvimento das ações de EPS como: rotatividade profissional; falta de profissionais com o perfil adequado para atuarem na Atenção Básica; necessidade de mais trabalhadores na CEPS e com a formação adequada para tal; falta de materiais para realização das atividades; e a EPS não ser vista como prioridade pela gestão. Evidenciamos também que a EPS influencia tanto na capacidade técnica e trabalho em equipe da EqSF quanto na intersetorialidade com os outros serviços de saúde, diante das contribuições das atividades educativas para o desenvolvimento do trabalho na ESF, o que vem possibilitar a consolidação da ESF, uma vez que permite que os trabalhadores de saúde desenvolvam ações de produção do cuidado com maior resolubilidade. Consideramos que é necessária uma ampla discussão sobre a EPS enquanto uma política de Estado, oportunizando os trabalhadores de saúde e gestores uma maior compreensão, no sentido de dar resolubilidade às necessidades de saúde da população mediante uma produção do cuidado na saúde efetiva.

Palavras-chave: Educação Permanente em Saúde, Resolubilidade; Produção do Cuidado; Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

The development of educational activities to the health workers of *Estratégia Saúde da Família* – ESF (Family Health Strategy program) is important to the achievement of an integral work. However it is necessary that such workers have their educational practices guided by the observance of *Educação Permanente em Saúde* – EPS (Permanent Education in Health) to a major resolubility of the actions demanded by the population. This study aimed to analyze the practice of EPS developed in the *Equipe de Saúde da Família* – EqSF (Family Health team) of the municipality of Camaçari in the State of Bahia by seeking the resolubility of the production of the health care to the users of the ESF and to discuss the construction of knowledge and practices of the EPS to the EqSF by searching the resolubility of the production of health care. So as to this work could be possible we started a study with the discussion about the historicity of the formation of the health workers in Brazil and the main pedagogical conceptions which are present in the health field: *Educação em Serviço* (Education at Job), *Educação Continuada* (Continuing Education) and EPS practices. In the aftermath we discussed the resolubility and the wellness production. It is a matter of a qualitative study, of critical-analytical approach, in a perspective approximated to the dialectical method, having as background two *Unidades de Saúde da Família* – USF (Basic Health Care Unit), the *Departamento de Atenção Básica* – DAB (Department of Primary Health Care) and the *Coordenação de Educação Permanente em Saúde* – CEPS (Coordination of Permanent Education in Health) of the town of Camaçari. The participants of the study constituted two groups: health workers of ESF (group I), DAB's and CEPS's managers (group II) summing 26 participants. We used as data collection techniques the semi-structured interview, the systematic observation and the document analysis, and as method of data analysis of content. From the confrontation of data emerged two categories: 1 – The process of work of the ESF and the (dis)articulation of the EPS in the production of wellness; 2 – Resolubility of the production of care in the ESF and the construction of knowledge and practices: the protagonism of the EPS. Concerning to the process of work of the EqSF the results foregrounded, there is the development of the group work of the ESF which were studied, notwithstanding the reference and counter-reference system of the municipality does not work out adequately. The comprehension about the EPS, in the vast majority of health workers is associated to knowledge qualification and updating; to the managers it is understood as a process of reflection of the practices to their transformation which is supposed to happen in a continuous and permanent way. We observed some aspects which damage the development of actions of the EPS such as: Professional turnover; lack of professionals with a suitable profile to work in the Primary Health Care; the need of more workers in the CEPS and with the necessary formation to perform such activities, lack of materials for holding such activities; and the fact related to the EPS not being considered as a priority by the management staff. We evinced also that the EPS influences both in the technical capability and EqSF team work and in the intersectoriality with other health services before the contributions of the educational activities to the empowerment of the work in the ESF what makes possible that the health workers develop actions of production of care with major resolubility. We consider that a comprehensive discussion about the EPS as a State policy is Paramount, giving to the health workers and the health managers a major comprehension. In the sense of giving resolubility to the needs of health of the population amidst a production of care to real health.

Key words: Permanent Education in Health; Resolubility; Production of Care; Family Health Strategy.

LISTA DE SIGLAS

ACD- Assistente de consultório Dentário

ACS- Agentes Comunitários de Saúde

CAP- Caixas de Aposentadoria e Pensão

CAPS- Centro de Atenção Psicossocial

CEMPRE- Centro Multidimensional de Reabilitação Física de Camaçari

CEO- Centro de Especialidades Odontológicas

CEONC- Centro de Oncologia de Camaçari

CESME- Centro de Especialidade em Saúde Mental

CNS- Conferência Nacional de Saúde

CEPS- Coordenação de Educação Permanente em Saúde

CEREST- Centro de Referência de Saúde do Trabalhador

CUIDAR- Centro de Unidades de Apoio Referencial em Saúde

DEPLAN- Departamento de Planejamento

DAB- Diretoria da Atenção Básica

EPS- Educação Permanente em Saúde

ESF- Estratégia Saúde da Família

EqSF- Equipe de Saúde da Família

IAP- Institutos de Aposentadorias e Pensões

INAMPS- Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INPS- Instituto Nacional de Previdência Social

MRSB- Movimento de Reforma Sanitária Brasileira

NUPISC- Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva

PNAB- Política Nacional de Atenção Básica

PNEPS- Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

PACS- Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PAS – Programação Anual de Saúde

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

PMS-Programação Municipal de Saúde

PSF- Programa Saúde da Família

RAG- Relatório Anual de Gestão

RAS- Rede de Atenção à Saúde

SESAU- Secretaria Municipal de Saúde

SESAB- Secretaria Estadual de Saúde

SESC- Serviço Social do Comércio

SUDS- Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS- Sistema Único de Saúde

TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UEFS- Universidade Estadual de Feira de Santana

UBS- Unidades Básicas de Saúde

USF- Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1	CONSTRUÇÃO DO OBJETO: articulação teórico-prática	12
2	METODOLOGIA	43
2.1	Tipo de estudo	43
2.2	Campo de estudo	44
2.3	Técnica e instrumento de coleta de dados	47
2.4	Participantes do estudo	50
2.5	Método de análise de dados	54
2.6	Questões éticas	58
3	PROCESSO DE TRABALHO DA ESF E A (DES) ARTICULAÇÃO DA EPS NA PRODUÇÃO DO CUIDADO: o pensar e o agir dos protagonistas	60
3.1	PROCESSO DE TRABALHO DA EqSF NA PRODUÇÃO DO CUIDADO	60
3.2	COMPREENSÃO DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: ambivalências e contradições	86
3.3	PRÁTICA DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NA ESF: planejamento, organização e execução para a produção do cuidado em saúde na ESF	100
3.4	EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NA ESF: o pensar e fazer dos protagonistas	143
4	RESOLUBILIDADE DA PRODUÇÃO DO CUIDADO NA ESF E A CONSTRUÇÃO DE SABERES E PRÁTICAS: o protagonismo da Educação Permanente em Saúde, mas na prática, “a teoria é outra”	156
5	SÍNTESE DO ESTUDO	183
	REFERÊNCIAS	191
	APÊNDICES	203
	APÊNDICE A – Roteiro da Entrevista Semi-estruturada - Participantes: Trabalhadores de saúde da Estratégia Saúde da família	204
	APÊNDICE B – Roteiro da Entrevista Semi-estruturada - Participantes: Gestores e dirigentes da Atenção Básica e do setor de Educação Permanente em Saúde	205
	APÊNDICE C – Roteiro da Observação Sistemática	206
	APÊNDICE D–Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	207

1 CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO: articulação teórico-prática

A escolha deste objeto de estudo – Educação Permanente em Saúde (EPS) na Estratégia Saúde da Família (ESF)¹ em busca da resolubilidade da produção do cuidado – veio da nossa inquietação com as discussões nas salas de aula durante o curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS)/BA e, em especial, como bolsista do Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva (NUPISC) desta Universidade, quando tivemos a oportunidade de desenvolver dois projetos de pesquisa com a temática Educação Permanente em Saúde.

Destacamos ainda que este objeto de estudo é um dos sub-projetos da pesquisa *Resolubilidade na Estratégia Saúde da Família em dois cenários da Bahia, Brasil: processo de cuidar versus responsabilização da equipe e dos dirigentes do SUS* do NUPISC.

O primeiro estudo, realizado enquanto bolsista de iniciação científica, deu origem ao nosso trabalho de conclusão de curso *Práticas educativas para Agentes Comunitários de Saúde em uma Unidade de Saúde da Família* (ARAUJO, 2012a), cujo objetivo foi analisar as práticas educativas para os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) em uma Unidade de Saúde da Família (USF) de Feira de Santana-BA, embasado nos pressupostos teóricos e metodológicos da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS). Seus resultados mostraram que naquela USF as práticas educativas para os ACS apresentaram algumas características na direcionalidade do proposto pela EPS como a implementação de práticas educativas participativas e dialógicas em que os ACS são considerados sujeitos do processo de aprendizagem e, conseqüentemente, com o reconhecimento por eles da importância das atividades educativas para o desenvolvimento do seu trabalho.

Apesar disso, os resultados também já sinalizavam que era preciso rever algumas formas de identificação das necessidades de aprendizagem já que elas devem, prioritariamente, ser definidas a partir das necessidades dos ACS e da organização do trabalho; assim como é importante abordar temas relacionados às políticas de saúde e não apenas temas com caráter biologicista nas atividades educativas. Outro aspecto observado foi que alguns ACS encaravam o processo de ensino-aprendizagem como desmotivador pelo impedimento de se colocar em prática o que foi apreendido nas ações educativas devido à falta de recursos materiais, o que mostra a importância da incorporação nas discussões

¹ Adotamos neste estudo o termo Estratégia Saúde da Família, apesar de em alguns momentos aparecer o termo Programa Saúde da Família (PSF) em respeito à utilização pelos autores referenciados.

temáticas da aplicabilidade do conhecimento, ou seja, como os ACS podem adequar a teoria ao seu cotidiano de trabalho.

O segundo estudo que realizamos *Educação Permanente em Saúde: entendimento de enfermeiros dirigentes da Atenção Básica de um sistema municipal de saúde* (ARAÚJO, 2012b) teve como objetivo descrever o entendimento de enfermeiros dirigentes do setor de Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde de Feira de Santana sobre EPS e os seus resultados evidenciaram que tais enfermeiras têm dificuldade em conceituar a EPS e percebê-la como uma proposta política e metodológica.

A partir desses estudos, percebemos que a efetivação da PNEPS no contexto da Coordenação da Atenção Básica depende da apropriação de seus princípios e diretrizes, para que possa ser materializada na prática de serviços de saúde. E, portanto, é necessário que as enfermeiras dirigentes compreendam melhor quais as propostas da EPS, pois apesar de a reconhecerem como uma estratégia para o fortalecimento da Atenção Básica, elas ainda não a compreendem como uma política de Estado, e de uma maneira mais ampliada como uma proposta metodológica diferenciada da vigente na saúde².

Ademais, com a vivência prática enquanto estudante de Enfermagem e, posteriormente, enquanto enfermeira de uma Unidade Básica de Saúde em um município da Bahia, percebemos a relevância do trabalho desenvolvido pelos trabalhadores de saúde, articulados à implementação de atividades educativas. Porém, compreendemos que é preciso que tais trabalhadores tenham suas práticas educativas orientadas pela EPS para dar resolubilidade às ações demandadas pela população.

Concretamente, na nossa prática, enquanto enfermeira do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) sempre buscamos desenvolver atividades educativas que estivessem direcionadas para EPS por considerarmos os ACS sujeitos ativos no seu processo de aprendizagem uma vez que eles, enquanto integrantes da equipe de Saúde da Família, participavam da escolha dos temas a serem abordados, considerando-se as necessidades e também as demandas de saúde da população adscrita, numa construção conjunta do conhecimento, inclusive com atuação como mediadora desse processo de aprendizagem.

As experiências aqui reportadas nos motivaram a escolher como objeto de estudo EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM BUSCA DA RESOLUBILIDADE DA PRODUÇÃO DO CUIDADO devido às possibilidades de contribuições do processo de formação dos trabalhadores da Equipe de Saúde da Família (EqSF) para a

² As propostas metodológicas ainda vigentes na saúde utilizam pedagogias tradicionais de ensino (transmissão do conhecimento do educador para os educandos) e são geralmente identificadas como Educação Continuada e Educação em Serviço.

resolubilidade das ações desenvolvidas na sua prática de trabalho. Para tanto questionamos: como se processa a prática da EPS em busca da resolubilidade da produção do cuidado em saúde dos usuários da ESF? Como se dá a construção de saberes e práticas da equipe de Saúde da Família para a produção do cuidado aos usuários da ESF?

Assim, este estudo teve como objetivos:

Analisar a prática da EPS desenvolvida na EqSF do Município de Camaçari-BA, em busca da resolubilidade da produção do cuidado em saúde aos usuários da ESF.

Discutir a construção de saberes e práticas da EPS para a EqSF em busca da resolubilidade da produção do cuidado em saúde.

Para tanto, no sentido de delimitar tais saberes e práticas, definimos que neste estudo o saber é entendido como os conhecimentos necessários para realização de alguma ação. Dessa forma, corroboramos com Tardif (2007, p.17) ao afirmar que o saber de alguém que trabalha está sempre relacionado ao desenvolvimento de algum objetivo. E, por conseguinte, compreendemos que “o saber está a serviço do trabalho”.

Por sua vez, de acordo com Telles e Ibiapina (2009) a prática é toda atividade de produção individual e/ou coletiva, realizada conscientemente ou não, que pode mudar e/ou transformar os sujeitos, o meio e a sociedade, suprimindo suas necessidades.

Portanto, compreendemos os saberes e as práticas como o saber-fazer. Nesta perspectiva, assim como na relação dos professores com os saberes, trazida por Tardif (2007), entendemos que a relação dos trabalhadores de saúde com os saberes são mediadas pelo trabalho que irá fornecer os subsídios necessários para enfrentar e resolver as situações diárias.

Outrossim, no sentido de sustentar uma articulação teórico-prática com tal objeto de estudo, escolhemos as temáticas prática da Educação Permanente em Saúde e a Resolubilidade da Produção do Cuidado no contexto da ESF, discutidos a seguir.

Por conseguinte, fizemos, num primeiro momento, um levantamento dos estudos realizados sobre a prática da EPS na ESF em busca da resolubilidade da produção do cuidado nas bases de dados Lilacs e Scielo quando foram identificados, inicialmente, 100 artigos considerando-se as palavras-chave educação permanente/estratégia saúde da família. A partir desses dados fizemos uma outra seleção, utilizando como critérios artigos completos publicados nos últimos cinco anos, com uma abordagem do objeto de estudo, excluindo os artigos iguais, tendo afinal 10 artigos selecionados. Posteriormente, ao cruzarmos as palavras-chave resolubilidade/estratégia saúde da família (inicialmente encontramos 13 artigos, com os mesmo critérios) foram selecionados dois estudos.

A síntese dos resultados dos estudos encontrados sobre as palavras-chave Educação Permanente em Saúde na Estratégia Saúde da Família são distribuídos no Quadro 1.

Quadro 1 Estudos sobre EPS na ESF base de dados Lilacs e Scielo entre 2009-2013. Feira de Santana,out.-nov./2013.

ESTUDOS	OBJETIVO	SÍNTESES CONCLUSÕES/ CONSIDERAÇÕES FINAIS
PESSANHA, R.V; CUNHA, F.T.S. A aprendizagem-trabalho e as tecnologias de saúde na estratégia saúde da família. Texto Contexto Enferm. Florianópolis, v.18, n.2, p.33-240, abr./jun. 2009.	Analisar o processo de aprendizagem-trabalho na ESF no Complexo do Alemão, RJ, com base nas tecnologias de saúde.	Os profissionais expressam, no seu processo de trabalho, conhecimentos apreendidos nas experiências diárias do trabalho e em atividades de Educação Permanente (EP), a partir de situações reais vivenciadas.
MENDONÇA, C.S. Saúde da Família, agora mais do que nunca. Ciência & Saúde Coletiva , v.14, Supl. 1, p.1493-1497, 2009.	Descrever os principais desafios enfrentados pela ESF.	A ESF tem como desafios: a formação e EP dos trabalhadores; a consolidação da atenção primária à saúde como ordenadora do sistema; e o desafio da comunicação com a sociedade.
BALBINO, A.C. et al. Educação Permanente com os Auxiliares de Enfermagem da Estratégia Saúde da Família em Sobral, Ceará. Trab. Educ. Saúde . Rio de Janeiro, v. 8 n. 2, p. 249-266, jul./out.2010.	Analisar a percepção dos auxiliares de enfermagem sobre o processo de EP realizado pela Escola de Formação SFVS em Sobral.	Após a participação dos auxiliares de enfermagem em atividades de educação permanente ocorreu mudanças nas suas práticas, que se deu através do apoderamento e aperfeiçoamento de competências.
TESSER, C.D. et al. Estratégia saúde da família e análise da realidade social: subsídios para políticas de promoção da saúde e educação permanente. Ciência & Saúde Coletiva . V.16, n.11, p.4295-4306, 2011.	Investigar se e de que maneira a análise da realidade social e de saúde era feita e como contribuía para a proposição de ações de promoção da saúde e de EP.	A promoção da saúde era confundida com prevenção e a EP com educação continuada. Concluiu-se que a EP não acontecia, e que era essencial para a compreensão e execução da promoção da saúde.
BARBOSA, V.B.A.; FERREIRA, M.L.S.M.; BARBOSA, P.M.K. Educação Permanente em Saúde: uma estratégia para a formação dos agentes comunitários de saúde. Rev. Gaúcha Enferm. Porto Alegre, v.33, n.1. p.56-63, mar 2012.	Descrever e analisar o processo de educação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) utilizado pelos enfermeiros na ESF.	Os enfermeiros são os principais responsáveis pela realização do processo educativo dos ACS, utilizando, geralmente, metodologias tradicionais de educação, e a EP é pouco utilizada.
BARRETO, I.C.H.C. et al. Gestão Participativa no SUS e a Integração Ensino, Serviço e Comunidade: a experiência da Liga de Saúde da Família, Fortaleza, CE. Saúde Soc. São Paulo, v.21, supl.1, p.80-93, 2012.	Apresentar a experiência de integração ensino-serviço-comunidade por meio do Projeto de Extensão Liga Saúde da Família no contexto do Sistema Municipal Saúde Escola de Fortaleza, Ceará.	O projeto permitiu: o trabalho em equipe, o protagonismo dos integrantes e da comunidade na construção das atividades, a ampliação do olhar crítico sobre a realidade social e o trabalho em saúde, e a ênfase na perspectiva do trabalho comunitário.
FORTUNA, Cinira Magali et al. Notas cartográficas do trabalho na Estratégia Saúde da Família: relações entre trabalhadores e população. Rev. esc. enferm. USP [online].v.46, n.3, p. 657-664, 2012.	Cartografar os movimentos instituídos e instituintes na composição das práticas cuidativas de uma equipe da ESF.	As relações dos trabalhadores entre si e deles com os usuários adota os modelos tradicionais de assistência à saúde com a influência das instituições, da divisão técnica e social do trabalho, da justiça e da educação.
LEITE, M.T.S. et al. O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde na Formação Profissional. Revista Brasileira de Educação Médica . v.36, n.1, Supl. 1, p.111-118, 2012.	Descrever as experiências de implantação do PET-Saúde na Unimontes e ESF de Montes Claros de 2009 a 2010 e refletir sobre os aspectos potencializadores e dificultadores.	O PET-Saúde contribuiu na transformação das práticas de saúde na atenção primária, e, além disso, possibilita a integração ensino-serviço.
PAULINO, V.C.P. et al. Ações de educação permanente no contexto da Estratégia saúde da família. Rev. enferm. UERJ . Rio de Janeiro, v.20, n.3, p.312-316, jul.-set. 2012.	Verificar o significado e contribuições da educação permanente sob a ótica dos enfermeiros que atuam na ESF	A EP torna o profissional capaz de planejar, organizar, desenvolver e avaliar ações que respondam às necessidades da população.
PAGANI, R.; ANDRADE, L.O.M. Preceptoría de Território, Novas Práticas e Saberes na Estratégia de Educação Permanente em Saúde da Família: o estudo do caso de Sobral, CE. Saúde Soc. São Paulo, v.21, supl.1, p.94-106, 2012.	Analisar a implantação e a atuação da preceptoría de território, descrever o seu processo de trabalho identificando suas competências, e, descrever o processo de EP desenvolvido na ESF em Sobral, Ceará.	Os entrevistados relataram a importância do preceptor de território para acompanhar a equipe e os residentes, considerando essencial a utilização por ele da aprendizagem significativa e da problematização, entretanto, ressaltaram que a carga horária do preceptor é insuficiente.

Fonte: elaborado pela pesquisadora

No Quadro 1, os 10 estudos destacam a importância da EPS para a transformação das práticas de trabalho e a consequente qualificação dos trabalhadores de saúde e da assistência prestada, por permitirem que o processo de aprendizagem aconteça a partir da reflexão crítica da realidade vivenciada por eles.

Outrossim, os estudos *Ações de educação permanente no contexto da estratégia saúde da família* (PAULINO et al., 2012), *Gestão participativa no SUS e a integração ensino, serviço e comunidade: a experiência da Liga de Saúde da Família, Fortaleza, CE* (BARRETO et al., 2012) e *O Programa de Educação Pelo Trabalho para a Saúde na Formação Profissional* (LEITE et al., 2012) evidenciaram ainda que a EPS possibilita o trabalho em equipe, enfatizando a interdisciplinaridade, a integração da equipe, o acolhimento dos usuários, a ampliação do olhar crítico sobre a realidade social e o trabalho em saúde.

Ademais, outros estudos, como *Educação Permanente com os auxiliares de enfermagem da Estratégia Saúde da Família em Sobral, Ceará* (BALBINO et al., 2010) e *A aprendizagem-trabalho e as tecnologias de saúde na Estratégia Saúde da Família* (PESSANHA; CUNHA, 2009), também fizeram referência que a EPS pode contribuir para a aprendizagem dos trabalhadores de saúde uma vez que, após a realização de atividades pautadas na EPS foram observadas mudanças das práticas de trabalho em consequência dos conhecimentos apreendidos nessas atividades, evidenciando o apoderamento e o aperfeiçoamento das competências.

Enfim, tais estudos reconhecem a importância do desenvolvimento de atividades educativas para os trabalhadores de saúde que sejam embasadas na EPS para a valorização do trabalho e para qualificação da assistência.

Todavia, apesar das potencialidades da EPS muitos trabalhadores de saúde possuem pouco conhecimento sobre a mesma, o que acaba resultando na realização de atividades de capacitação fundamentadas na metodologia tradicional de ensino (BARBOSA; FERREIRA; BARBOSA, 2012; TESSER et al., 2011).

Percebemos, portanto, que a não orientação das atividades educativas pela EPS, e a utilização de metodologias tradicionais de ensino-aprendizagem pode prejudicar a aprendizagem devido o não envolvimento do trabalhador no processo que, pela falta de participação do planejamento e execução das ações, desconsidera suas necessidades de aprendizagem e não utiliza metodologias que possibilitem a sua participação ativa no seu processo de construção do conhecimento.

Nessa direção, os estudos *A aprendizagem-trabalho e as tecnologias de saúde na Estratégia Saúde da Família* (PESSANHA; CUNHA, 2009) e *Educação Permanente em*

saúde: uma estratégia para a formação dos agentes comunitários de saúde (BARBOSA; FERREIRA; BARBOSA, 2012) referem que são utilizadas metodologias tradicionais nas atividades educativas para os trabalhadores de saúde da ESF que se baseiam na transmissão de conhecimento, em que o educador é encarado como detentor do conhecimento, e geralmente são priorizados os conhecimentos instrumentais para a obtenção da competência técnica.

Além disso, Pessanha e Cunha (2009), Tesser e outros (2011), Barbosa, Ferreira e Barbosa (2012) destacam que a EPS não é utilizada, ou é muito pouco nas atividades educativas para esses trabalhadores. Mas, ao mesmo tempo, referem sobre a importância da realização de práticas educativas que sejam embasadas na Educação Permanente em Saúde.

Assim, no sentido de mudar tal realidade Pessanha e Cunha (2009) defendem a utilização de práticas pedagógicas problematizadoras para sua qualificação, tendo em vista que ela deverá permitir o diálogo e a participação ativa dos trabalhadores de saúde durante as discussões.

Por sua vez, os estudos *Preceptoria de Território, Novas Práticas e Saberes na Estratégia de Educação Permanente em Saúde da Família: o estudo do caso de Sobral, CE* (PAGANI; ANDRADE, 2012) e *Ações de Educação Permanente em Saúde no contexto da Estratégia Saúde da Família* (PAULINO et al., 2012) referem que uma das contribuições da EPS na prática de trabalho da ESF está relacionada com a possibilidade de identificar as falhas para sua resolução a partir da problematização.

Daí compreendemos que a EPS considera que os processos educativos devem ser produzidos a partir da análise crítica dos problemas identificados na realidade de trabalho dos serviços de saúde e de forma participativa, ou seja, todos devem estar ativamente envolvidos no processo de ensino-aprendizagem.

O estudo *Gestão Participativa no SUS e a Integração Ensino, Serviço e Comunidade: a experiência da Liga de Saúde da Família, Fortaleza, CE* (BARRETO et al., 2012) inclusive ressalta que a EPS influencia também a utilização de metodologias participativas durante os processos educativos e os processos de trabalho, o que vai possibilitar uma prática dialógica.

Somando-se a isso, os estudos de Pagani e Andrade (2012) e Pessanha e Cunha (2009) fazem referência a outro aspecto imprescindível para execução da EPS que é a utilização da aprendizagem significativa. O conceito de aprendizagem significativa discutido por Moreira e Masini (2006) é embasado na teoria de Ausubel e, segundo eles, para este autor a aprendizagem significativa é o processo em que a nova informação interage com uma parte

importante da estrutura de conhecimento do indivíduo. Tal estrutura de conhecimento específica é conceituada por Ausubel como *subsunção*, ou seja, a aprendizagem significativa só ocorrerá quando um novo conhecimento se relacionar com subsunções que já existem na estrutura de conhecimento de quem está aprendendo.

A aprendizagem significativa, na nossa compreensão, deverá ocorrer de forma prazerosa à medida que são utilizados elementos que fazem parte do cotidiano dos trabalhadores e se relacionam diretamente com experiências já vivenciadas. Assim, o assunto abordado só será apreendido se fizer sentido para os participantes das ações educativas, ou seja, se estiver relacionado com suas experiências anteriores.

Por conseguinte, além de tomar como referência a metodologia da problematização a EPS também se assenta nos pressupostos da aprendizagem significativa e da educação de adultos.

A respeito da aprendizagem dos adultos, este modelo apresenta pressupostos diferentes do modelo pedagógico tradicional, pois os adultos diferem dos jovens em alguns pontos considerados fundamentais explicitados por Mancia, Cabral e Koerich (2004) como saber por que precisam aprender determinado assunto antes de começar o trabalho; têm opinião própria e se responsabilizam por seus próprios atos e decisões; possuem diferentes experiências de vida, quer quantitativa e quer qualitativamente acumuladas; tornam-se prontos para o aprendizado quando julgam que está na hora de aprender; orientam-se para o aprendizado utilizando a informação para fazer suas vidas mais fáceis ou mais produtivas; a motivação para o aprendizado deriva, primariamente, das forças internas, necessárias para a melhoria da qualidade de vida e reforço da autoestima.

Portanto, percebemos que a EPS propõe que a escolha dos temas a serem abordados nas atividades educativas propostas para os profissionais de saúde seja realizada a partir das dificuldades destes profissionais, das necessidades de saúde da população, e das necessidades do serviço. Dessa forma entendemos que a partir da problematização da realidade vivenciada a aprendizagem se torna significativa para os profissionais e, conseqüentemente, eles conseguem se apoderar do conhecimento abordado.

Outro levantamento de estudos foi realizado a partir do cruzamento das palavras-chave Educação Permanente em Saúde/ Resolubilidade, e, excluindo os textos iguais, encontramos apenas um estudo. No Quadro 2 está a síntese dos estudos sobre Resolubilidade na Estratégia Saúde da Família.

Quadro 2 Estudos sobre resolubilidade na ESF base de dados Lilacs e Scielo entre 2009-2013. Feira de Santana, out.-nov./2013.

ESTUDOS	OBJETIVO	SÍNTESES CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES FINAIS
NUNES, A.A. et al. Resolubilidade da Estratégia Saúde da Família e Unidades Básicas de Saúde Tradicionais: Contribuições do PET-Saúde. Rev. Bras. de Educ. Médica. v. 36, n.1, Supl. 1, p. 27-32, 2012.	Analisar a resolubilidade das UBS (modelo tradicional) e compará-la com as das USF, através de pesquisa inserida no contexto do Programa PET-Saúde/2009.	As especialidades com maior demanda por encaminhamentos foram oftalmologia, cardiologia e ortopedia. A ESF apresenta-se como modelo assistencial com maior resolubilidade, pois, as UBS encaminham 67% a mais que as Unidades da ESF.
PINTO, A.G.A. et al. Apoio matricial como dispositivo do cuidado em saúde mental na atenção primária: olhares múltiplos e dispositivos para resolubilidade. Ciência & Saúde Coletiva. v.17, n.3, p.653-660, 2012.	Analisar a articulação das ações de saúde mental entre as equipes da ESF e do Centro de Atenção Psicossocial pelo processo de matriciamento com ênfase na integralidade do cuidado e resolubilidade assistencial.	As atividades do matriciamento em saúde mental possibilitam a ampliação de acesso e a utilização de diferentes práticas de atenção à saúde orientada para a integralidade. A resolubilidade assistencial consiste no reconhecimento das condições sociais da demanda pelas equipes e na superação de práticas medicamentalizadas de saúde.

Fonte: elaborado pela pesquisadora

O estudo *Resolubilidade da Estratégia Saúde da Família e Unidades Básicas de Saúde Tradicionais: Contribuições do PET-Saúde* (NUNES et al., 2012) evidenciou que tanto nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) quanto nas USF a quantidade de encaminhamento para outros serviços de saúde foi pequeno, apenas 8,6% de todos os casos foram encaminhados, o que representa uma resolubilidade de mais de 90%. Por sua vez, ao analisar cada uma separadamente, as UBS encaminharam 67% a mais do que as USF, o que mostra que nessa última os problemas de saúde são pouco solucionados na própria unidade, em consequência das fragilidades no modelo de atenção à saúde talvez pautado no modelo flexneriano³.

Além disso, de acordo com esse estudo (NUNES et al., 2012), os atendimentos nas USF tem uma demanda de consultas agendadas menor do que os atendimentos de caráter eventual. Porém, não evidenciou se os pacientes atendidos sem agendamento prévio têm um acompanhamento posterior na unidade. Entretanto, os autores referem que o fato dos usuários buscarem a USF diante de queixas agudas pode demonstrar que ela está funcionando como porta de entrada do sistema de saúde, como o preconizado pelo Ministério da Saúde, e oferecendo uma certa garantia de acesso.

Por sua vez, o estudo *Apoio matricial como dispositivo do cuidado em saúde mental na atenção primária: olhares múltiplos e dispositivos para resolubilidade* (PINTO et al., 2012) faz referência ao matriciamento entre Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e as

³ O modelo flexneriano, também conhecido como médico centrado, se caracteriza pelo desenvolvimento de ações voltadas para a doença e a cura nos aspectos individuais e biológicos, estar centrado na figura do médico e na especialização, e no uso intensivo de tecnologia (SILVA JÚNIOR; ALVES, 2007).

USF o que possibilitou uma maior articulação entre esses serviços, e resultou na responsabilização de todos os trabalhadores pelo cuidado dos usuários no compartilhamento dos problemas vivenciados e na pactuação integrada das relações. Consequentemente, a capacidade de resolubilidade da USF aumentou, tendo em vista que influenciou uma maior aderência dos usuários ao tratamento por estarem mais próximo de suas casas e pelo oferecimento de um atendimento multidisciplinar. Mas, para a resolubilidade do cuidado ressaltam que é necessário que o usuário também participe e se responsabilize pelo seu processo terapêutico.

O único estudo encontrado ao cruzarmos os descritores Resolubilidade e Educação Permanente em Saúde, nas bases de dados Lilacs e Scielo, foi *Apoio matricial em saúde mental entre CAPS e Saúde da Família: trilhando caminhos possíveis* (MINOZZO; COSTA, 2013), cujo objetivo foi analisar a implantação do apoio matricial entre CAPS III e equipes de Saúde da Família. Seus resultados ressaltam a importância da implantação do apoio matricial em saúde mental – como apoio para o planejamento de ações e para a EPS – para aumentar a resolubilidade e a responsabilização pelas situações de saúde mental da ESF. Todavia, os resultados deixam claro que é indispensável um fortalecimento da saúde mental na Atenção Básica, mas é necessário, dentre outros aspectos, que haja um maior investimento na Educação Permanente.

Por fim, os estudos comentados aqui nos instigaram ainda mais a estudar a prática da Educação Permanente em Saúde na Estratégia Saúde da Família em busca da resolubilidade da produção do cuidado.

A partir dos comentários sobre a Educação Permanente em Saúde na Estratégia Saúde da Família e a Resolubilidade na Estratégia Saúde da Família, nos Quadros 1 e 2, nos deteremos na historicidade da formação dos trabalhadores de saúde no Brasil.

De acordo com Pereira e Ramos (2013), historicamente, no Brasil a formação dos trabalhadores foi marcada pelo modo de produção vigente e sua produção social. Assim, no Brasil Colônia a discriminação às ocupações manuais, dentre outras razões, influenciou a aprendizagem das profissões.

Outrossim, essas autoras referem que no Brasil, tanto no Império quanto na República, houve uma preocupação em oferecer mais conhecimentos técnicos dos ofícios com vistas a reforçar a produção industrial. Da mesma forma, no Estado Novo, apesar da criação do Ministério da Educação e da Saúde, da Inspeção do Ensino Profissional Técnico, e do decreto das primeiras Leis Orgânicas de Ensino, cuja finalidade foi uma formação voltada

para o trabalho “como necessidade prática para a acumulação privada da riqueza social gerada pela modernização” (PEREIRA; RAMOS, 2013, p.29).

Deste modo, percebemos que a busca pela qualificação do trabalho sempre esteve relacionada com a acumulação de capital. E, diante de tal perspectiva Pereira e Ramos (2013, p.69) ressaltam que no Estado Novo, o Estado possuía o caráter intervencionista e corporativista à implementação da política econômica nacional-desenvolvimentista, o que implica dizer que “os interesses considerados válidos eram aqueles que se fizessem representar no interior do próprio Estado”. Como podemos perceber a educação dos trabalhadores foi planejada e efetuada para favorecer a classe empresarial e, conseqüentemente, os interesses capitalistas.

Concretamente, esse processo que ainda hoje é visível, uma vez que as políticas de educação, mais precisamente a formação dos trabalhadores, seguem interesses econômicos, tanto das próprias pessoas, ao quererem melhores condições de vida, quanto do Estado, ao investirem em profissões que sejam rentáveis para o país.

Entretanto, temos clareza que os processos educativos para os trabalhadores de saúde no Brasil também evoluíram e se modificaram ao longo do tempo de acordo com seu momento sócio-econômico-político. E, neste sentido, para compreendê-los é necessário que façamos uma retrospectiva histórica, mesmo que pontual, sobre as políticas de saúde desenvolvidas no Brasil a partir do século XX, com repercussões para formação dos trabalhadores da saúde.

Historicamente no Brasil as ações de Saúde Pública durante décadas estiveram relacionadas apenas com o controle das doenças transmissíveis, principalmente quando estas ameaçaram os interesses econômicos. Isso pode ser perceptível quando no início do século XX no Rio de Janeiro os navios se negaram a atracar no porto por causa da epidemia de febre amarela que assolava a cidade. Naquela época uma situação que, segundo Paim (2003), ameaçava o modelo agrário-exportador, levou o Estado a organizar os serviços de saúde pública e campanhas sanitárias. Ainda, nesse período o atendimento médico só era possível para quem poderia arcar com as despesas, pois o Estado só intervinha através de campanhas sanitárias para conter surtos ou epidemias que ameaçavam grande parte da população.

Todavia, de acordo com Paim (2003), com o aparecimento das indústrias, os trabalhadores se organizaram e iniciaram reivindicações trabalhistas, dentre elas, questões sobre a assistência à saúde. Tal movimento reivindicatório levou o governo a criar em 1923 as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAP), através da qual os trabalhadores tinham direitos previdenciários (atendimento médico, aposentadoria, pensão).

Durante o Estado Novo, em 1933 a CAP deu lugar aos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP), organizados de acordo com as categorias profissionais, em que apenas os trabalhadores urbanos com carteira assinada possuíam direito à assistência médico-hospitalar. Só em meados da década de 1960, época da Ditadura Militar, segundo Polignano (2005) os IAP foram unificados passando a Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e o governo concedeu a extensão da Medicina Previdenciária aos trabalhadores rurais.

No entanto, o número de pessoas que contribuíam com a previdência social, e que, conseqüentemente, eram beneficiários, aumentava cada vez mais, o que impossibilitou que o sistema médico previdenciário atendesse a toda demanda. E, em consequência, foi necessário estabelecer contratos e convênios com o sistema privado de saúde.

Diante de tal realidade, segundo Paim (2003), as políticas de saúde reforçaram o privilégio ao sistema de saúde privado com a compra de serviços de assistência médica, pelo estabelecimento de contratos e convênios com médicos e hospitais, e do apoio a investimentos e empréstimos com subsídios.

Para Polignano (2005) isso permitiu que esses grupos se capitalizassem, o que gerou um aumento no consumo de medicamentos e de equipamentos médico-hospitalares, constituindo um complexo sistema médico-industrial, o que levou a necessidade da criação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), que era uma estrutura própria administrativa. Por sua vez, o INAMPS garantia o direito de assistência à saúde apenas aos trabalhadores que contribuíam, excluindo, portanto, a maioria da população brasileira. Tudo isso trouxe muita insatisfação à população, que em meio a movimentos sociais de redemocratização social do país, no final da década de 1970 e início da década de 1980, culminou no Movimento de Reforma Sanitária Brasileira (MRSB), que defendia a universalização da saúde no Brasil.

Toda essa trajetória levou-nos a entender que ao Estado se resumiam às ações de saúde pública, mais propriamente, as de vigilância da saúde com campanhas e controle de doenças, enquanto que o setor privado prestava as ações de saúde médico-hospitalar.

Diante disso, as ações da saúde eram voltadas principalmente para o diagnóstico e cura das doenças, o que acabou influenciando que a formação dos trabalhadores de saúde fosse pautada no modelo flexneriano, tendo em vista que esse era o modelo vigente na época e o mais rentável, o que atendia as necessidades de mercado.

Desse modo, percebemos uma realidade também observada por Pereira e Ramos (2013), ao referirem que a educação dos trabalhadores era planejada e efetuada para favorecer a classe empresarial e, conseqüentemente, os interesses capitalistas.

Entretanto, isso não quer dizer que não houve uma preocupação com a qualificação desses profissionais, pelo contrário, segundo Farah (2003) e Pereira e Ramos (2013), a importância do desenvolvimento de processos educativos para os trabalhadores de saúde vem sendo discutido no país há muito tempo, desde a III Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em 1963, em que foi evidenciada a falta e má distribuição dos trabalhadores de saúde, e a necessidade de se desenvolver programas de capacitação para esses trabalhadores.

A IV CNS que ocorreu em 1967, por sua vez, de acordo com Pereira e Ramos (2013), pretendia produzir uma política permanente de recursos humanos na saúde, discutir o perfil do profissional necessário, e a demanda de traçar estratégias para formação dos trabalhadores de nível médio e elementar da saúde.

Em 1986, por sua vez, foi realizada a VIII CNS, principal marco do MRSB, em que vários setores da sociedade puderam discutir juntos os rumos do setor saúde no Brasil. Nesse momento foram discutidos os problemas do sistema de saúde, as medidas para sua solução e os princípios e diretrizes do movimento, como o conceito ampliado de saúde, o reconhecimento da saúde como direito de todos e dever do Estado, que culminou na criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) em 1987, e posteriormente no Sistema Único de Saúde (SUS) na Assembleia Constituinte de 1988 (PAIM, 2011).

A VIII CNS influenciou a criação do SUS e também resultou na realização da Conferência Nacional de Recursos Humanos, realizada no mesmo ano. Segundo Pereira e Ramos (2013) o relatório dessa Conferência destaca que o setor educacional não atende as necessidades de formação dos trabalhadores de saúde tendo em vista o pequeno número de vagas e a inadequação curricular a realidade dos serviços. Essa realidade reforçou, na Constituição de 1988, que a responsabilidade pelo ordenamento da formação do pessoal de saúde fosse do Sistema Único de Saúde.

Nesse sentido, entendemos que com a criação do SUS as discussões sobre os processos educativos para os trabalhadores de saúde tiveram uma maior visibilidade, tendo em vista que diante de um novo modelo de saúde que se desejava implantar era necessário que os trabalhadores fossem capacitados para atuarem no 'novo' cenário do sistema de saúde, uma vez que sua formação, na sua maioria, era focada no modelo biologizante, centrado na doença e nas dicotomias cura-prevenção, hospital-saúde pública, individual-coletivo, devendo

passar a desenvolver suas ações voltadas para a prevenção de agravos, promoção e recuperação da saúde tanto no nível individual quanto no coletivo.

Por conseguinte para Pereira e Ramos (2013) era necessário, portanto, a qualificação dos trabalhadores inseridos nos serviços de saúde, como também a formação de novas gerações de trabalhadores.

No decorrer das necessidades de tais mudanças a partir dessa nova realidade, percebemos que o processo educativo dos trabalhadores de saúde inseridos nos serviços de saúde foi operacionalizado no decorrer do tempo em três tipos de concepções pedagógicas: a Educação em Serviço, a Educação Continuada e a Educação Permanente em Saúde.

De acordo com Farah (2003), e Paschoal, Mantovani e Méier (2007) a Educação em Serviço é compreendida como o processo educativo desenvolvido no âmbito do trabalho com a finalidade de capacitar o trabalhador, no desempenho da habilidade técnica, capacidades cognitivas e relacionais dos trabalhadores, além de atualizá-los a respeito de novas tecnologias para alcançar uma qualidade dos serviços prestados e, consequentemente, atender principalmente aos interesses das instituições. Geralmente, segundo Paschoal, Mantovani e Méier (2007, p.479), ela é utilizada para orientação e iniciação ao trabalho, “treinamento; atualização; e aperfeiçoamento, aprimoramento ou desenvolvimento”.

Apesar da importância em alguns contextos, na nossa compreensão, a educação em serviço não leva em consideração as necessidades do trabalhador, mas do serviço, o que pode gerar uma desmotivação do trabalhador em participar dessas atividades, e fazê-los se sentirem excluídos do processo de aprendizagem, tendo em vista que sua necessidade de aprendizagem não é considerada. Além disso, a pretensão da Educação em Serviço é a capacitação do trabalhador para a prestação de um trabalho qualificado na instituição, com o objetivo de garantir a qualidade da instituição.

Já a Educação Continuada, para Farah (2003), é compreendida como uma estratégia para capacitação dos trabalhadores como uma complementação da formação desses profissionais, podem ser desenvolvidas tanto pela instituição em que trabalham quanto por outras. Por sua vez, Cardoso, Murad e Bof (2005) caracterizam a educação continuada pela centralidade na atualização técnico-científica, na utilização de pedagogias de transmissão vertical de conhecimentos (educador-educando), mas, não leva em consideração a realidade de trabalho das pessoas que participam das atividades educativas, constituindo-se como atividades pontuais. Dessa forma, muitas vezes os trabalhadores não conseguem colocar em prática o que aprenderam e/ou percebem que o que aprenderam não lhes fornecem os subsídios necessários para a resolução dos problemas vividos nas suas práticas.

Compreendemos, portanto, que a educação continuada ocorre de forma isolada, pautada numa metodologia tradicional, por não oferecer um acompanhamento contínuo da aprendizagem dos trabalhadores de saúde; ela enfoca, principalmente, o conhecimento técnico-científico, e não possibilita a reflexão crítica sobre a realidade de trabalho.

No entanto, corroboramos com Mancia, Cabral e Koerich (2004, p.605) quando afirmam que no processo de educação continuada “é possível encontrarmos elementos para avaliar que, o grande investimento na capacitação de ‘recursos humanos’ [pessoal], não tem se traduzido em mudanças na prestação de serviços de saúde”. Em contraposição, para tais autores, na EPS as necessidades de aprendizagem e a organização dos processos educativos são suscitadas a partir da realidade de trabalho.

Nessa direção, foi criada em 2004, a Portaria Ministerial nº198 (BRASIL, 2004) sobre a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde enquanto uma estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores de saúde, reforçada através da Portaria Ministerial nº 1996 (BRASIL, 2007a).

Segundo Smaha e Paulilo (2009), esta Portaria concretiza todas as lutas e debates realizados nas CNS a partir das necessidades de formação dos trabalhadores, e coloca o país com a implantação e a efetivação da lei em melhores condições no que se refere à qualidade nos serviços do Sistema Único de Saúde.

De acordo com tal política os processos educativos para os trabalhadores de saúde devem tomar como referência a Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2004), que propõe que essas ações devem ser desenvolvidas a partir da realidade vivenciada pelos trabalhadores na sua prática cotidiana. Além disso, a EPS é tida como uma estratégia capaz de transformar as práticas profissionais e a organização do trabalho ao propor que os processos educativos utilizem a problematização do processo de trabalho e sejam orientados pelas necessidades de saúde da população, na gestão setorial e do controle social em saúde.

Nesta direção, de acordo com Silva, Ogata e Machado (2007), a EPS propõe que as mudanças nas práticas de trabalho se baseiem na reflexão crítica em rodas de conversa, mas, deve-se considerar a problematização da realidade de trabalho no sentido de identificar as necessidades de aprendizagem.

Vemos que, em contraposição as abordagens descritas anteriormente, a EPS propõe que as atividades educativas resultem da problematização da realidade de trabalho, e que estas sejam desenvolvidas continuamente no âmbito do trabalho com toda a equipe, com metodologias dialógicas, o que poderá permitir a construção do conhecimento em conjunto com todos os participantes.

Por conseguinte, a EPS compreende o “desenvolvimento pessoal que deve ser potencializado, a fim de promover, além da capacitação técnica específica dos sujeitos, a aquisição de novos conhecimentos, conceitos e atitudes” (PASCHOAL; MANTOVANI; MÉIER, 2007, p.479). Enfim, a EPS deverá buscar não só a capacitação técnica dos trabalhadores, mas também a transformação de suas práticas, em busca da concretização dos princípios do Sistema Único de Saúde.

A partir destas afirmações, entendemos que a EPS traz a possibilidade dos trabalhadores de saúde serem tidos como o principal ator dos processos educativos, não só no que diz respeito ao seu planejamento, mas também na sua condução. Portanto, as práticas educativas orientadas pela EPS, devem ser produzidas de forma compartilhada entre os membros da equipe de saúde, pela identificação das situações problemas evidenciadas no cotidiano do trabalho, e da busca da integralidade das ações.

Entretanto, os estudos de Costa e outros (2010), Pascoal, Mantovani e Méier (2007) e Araujo (2012b) referem que é comum que alguns trabalhadores de saúde confundam os termos educação continuada e educação permanente. No estudo *Educação permanente no Programa Saúde da Família: um estudo qualitativo* (COSTA et al., 2010) os participantes mostraram não perceberem as diferenças entre tais concepções. Porém no estudo *Percepção da educação permanente, continuada e em serviço para enfermeiros de um hospital de ensino* (PASCHOAL; MANTOVANI; MÉIER, 2007) os enfermeiros participantes da pesquisa só conseguiram diferenciar os termos Educação em Serviço, Educação Continuada e Educação Permanente após as discussões realizadas no grupo focal. Já, no estudo *Educação Permanente em Saúde: entendimento de enfermeiros dirigentes da atenção básica de um sistema municipal de saúde* de (ARAUJO, 2012b) as enfermeiras dirigentes ao conceituarem a EPS a associavam à educação continuada.

Diante de tais entendimentos apresentados sobre a EPS e Educação Continuada nesses estudos, comungamos com Mancia, Cabral e Koerich (2004) quanto às diferenças entre EPS e Educação Continuada. Para tanto, destacamos, fundamentadas nestes autores, que a Educação Permanente em Saúde tem caráter multiprofissional e ocorre continuamente, conformando-se como uma prática institucionalizada, em que seu principal objetivo é provocar a transformação das práticas técnicas e sociais por meio da metodologia da problematização das necessidades de saúde; e a Educação Continuada, é uma prática autônoma e geralmente uniprofissional, porém sem negar a participação multiprofissional, que tem duração definida e ocorre de forma pontual; seu objetivo é promover a atualização

técnico-científica do trabalhador sobre temas específicos, utilizando-se para isso da pedagogia de transmissão.

Por conseguinte, neste estudo, embasado pelos autores Mancia, Cabral, Koerich (2004), Paschoal, Mantovani e Méier (2007) e Silva, Ogata e Machado (2007), concebemos a Educação Permanente em Saúde como um processo contínuo de aprendizagem focado na metodologia da problematização para que a identificação das necessidades de aprendizagem dos trabalhadores de saúde de diferentes ocupações seja realizada a partir da sua realidade de trabalho, oportunizando não só o desenvolvimento e aperfeiçoamento de habilidades técnico-científicas, mas, principalmente, a construção de conhecimentos e atitudes, as quais visam a transformação das práticas de trabalho em saúde. Essas práticas educativas orientadas pela EPS devem permitir uma maior interação entre a equipe e os usuários dos serviços de saúde.

Entretanto, contraditoriamente, a realidade por nós observada nos serviços de saúde tem se constituído, na sua grande maioria, na direção da Educação em Serviço e Educação Continuada, caracterizadas em atividades educativas descontextualizadas com a prática de trabalho pontuais, voltada para o aumento da produtividade e não necessariamente à qualidade dos serviços prestados. Dessa forma, compreendemos que não possibilitam a promoção dos princípios da integralidade, equidade, universalidade e, conseqüentemente, a resolubilidade das demandas de saúde da população.

Na realidade, observamos que os modelos educativos, na sua maioria, utilizados para a formação dos trabalhadores de saúde são focados em concepções pedagógicas tradicionais que não levam em consideração as necessidades de aprendizagem dos trabalhadores de saúde do serviço e da comunidade. Notamos também que apesar das várias estratégias utilizadas para a formação dos trabalhadores de saúde não vem ocorrendo poucas mudanças significativas na atenção à saúde, uma vez que continua a hegemonia do modelo assistencial procedimento-centrado.

Destarte, apesar dos avanços do SUS no campo da saúde, principalmente com o MRSB, é preciso rever a formação dos trabalhadores de saúde, uma vez que essa ainda não conseguiu transformar a prática para implementar as propostas da Reforma Sanitária.

Outrossim, de acordo com Silva, Ogata e Machado (2007), desde a criação do SUS a falta de trabalhadores com o perfil para um modelo da saúde em defesa de todo cidadão é um dos limites para sua consolidação. Por sua vez, segundo Ceccim e Ferla (2009) esta é uma realidade, pois historicamente, os processos educativos para formação dos trabalhadores de saúde não acompanharam os avanços da cidadania de saúde que se conseguiu com o Sistema Único de Saúde.

Diante de tal conjuntura nos questionamos: como trabalhar a proposta da Reforma Sanitária Brasileira se os trabalhadores de saúde não estão preparados, na sua grande maioria, para as mudanças da prática em saúde?

Todavia, entendemos que o primeiro passo para se conseguir efetivar o SUS defendido pelo MRSB e disposto na Constituição de 1988 e nas Leis Orgânicas da Saúde 8.080 e 8.142, ambas de 1990 (BRASIL, 1990a; 1990b), é investir na formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde, ou seja, na educação desses trabalhadores, uma vez que a educação é fundamental para sustentação de conhecimentos e, conseqüentemente, uma possibilidade de mudanças que deve se constituir num processo contínuo e dinâmico, pois poderá permitir a construção de uma outra realidade no exercício da teoria-prática em prol das transformações de uma prática que responda as necessidades de saúde individual/coletiva.

Apesar da educação se constituir um fenômeno histórico e social considerado fundamental para os processos de mudanças e transformações em uma sociedade, contudo, para que tais mudanças ocorram segundo Paschoal, Mantovani e Méier (2007) é necessário que a educação seja um processo ativo e ininterrupto, que ao ser influenciado pelo pensamento livre, pela consciência crítico-reflexiva, e pelas relações sociais deverá induzir o desenvolvimento do compromisso pessoal e profissional, habilitando para as mudanças na sociedade.

Daí entendemos que a educação, assim como o trabalho dos trabalhadores de saúde também é um fenômeno social, e as práticas educativas estão presentes em todas as suas atividades. Todavia, para Paschoal, Mantovani e Méier (2007), é imprescindível que as práticas educativas voltadas para esses trabalhadores possibilitem a reflexão em torno da percepção de que a educação é um dos meios fundamentais para o crescimento profissional e para a conseqüente valorização do seu trabalho.

Por sua vez, para Freire (1987), os homens são seres inacabados e se reconhecem como tal, por isso vivem num constante processo social de busca. Além do mais, reforça que isso é o que faz a educação ser uma manifestação unicamente humana; e, por esse motivo, ela deve ser permanente, para que se constitua numa ferramenta do processo de busca constante em que vive o homem.

Entretanto, segundo Freire (1996), só refletindo criticamente a prática educativa do passado e do presente é que se pode aperfeiçoar a prática que será realizada.

Mas, enquanto seres inacabados, é necessário que os trabalhadores de saúde estejam em constante busca por novos conhecimentos para obter uma maior qualificação do

seu trabalho e, conseqüentemente, o seu crescimento e valorização profissional. Mas, é necessário avaliar criticamente a produção deste conhecimento, ou seja, as práticas educativas que promovem o desenvolvimento dos conhecimentos, para que assim, cada vez mais se realizem atividades educativas condizentes com a prática e com as necessidades dos trabalhadores e dos usuários dos serviços.

Os trabalhadores de saúde por atuarem num ambiente em que a cada dia surgem situações diferentes para serem resolvidas e inovações a serem utilizadas, precisam estar em constante aperfeiçoamento para se adequarem a realidade de trabalho e, portanto, estarem capacitados para atender as necessidades da população. Neste sentido, segundo Saupe, Cutolo e Sandri (2008, p. 434), é importante levarmos em consideração que “A complexidade da atenção à saúde das pessoas e populações vem demandando a incorporação de novas perspectivas às competências dos trabalhadores”.

Porém, de acordo com Freitas e outros (2012), o processo de formação dos trabalhadores de saúde, em consonância com a EPS, é um processo inacabado por ser produzido por sujeitos e está em constante construção. Por esse motivo, ele demanda uma maior atenção voltada para subjetividade, criatividade e segurança, tendo em vista que no trabalho em saúde surgem casos novos e desafiadores cotidianamente.

Outrossim, percebemos na prática que os trabalhadores de saúde tem uma formação pouco voltada para atuar nos serviços de Atenção Básica à Saúde, tanto em relação à proposta de organização do trabalho em equipe, a partir da inter e a multidisciplinaridade quanto à proposta de intervenção na comunidade, e no trabalho baseado na prevenção de agravos e promoção da saúde, o que pode comprometer muitas vezes o desenvolvimento do trabalho e a qualidade do serviço de saúde.

Esta é uma realidade aqui exemplificada por Freitas e outros (2012) ao referirem que as práticas e a produção dos serviços de saúde do SUS estão afetadas muitas vezes pela falta de qualificação, motivação e envolvimento dos trabalhadores, e que uma das maiores dificuldades para a qualificação e a vinculação dos trabalhadores ao SUS é a sua formação orientada pelo modelo flexneriano (biomédico), e a delicada organização de uma política de EPS para os trabalhadores do Sistema Único de Saúde.

Além da formação dos trabalhadores de saúde ser orientada pelo modelo biomédico, Pessanha e Cunha (2009) citam como um outro aspecto agravante para a adequação desses trabalhadores aos ideais do SUS e da ESF, é que muitos trabalhadores que atuam hoje nos serviços de saúde têm sua formação anterior a criação deles.

Aliada a isso, os processos de formação em saúde têm produzido poucas transformações no dia-a-dia dos serviços, por isso, é necessário o desenvolvimento de capacitações permanentes para provocar mudanças no território em que o trabalhador de saúde atua, e que utilize a metodologia problematizadora visando uma qualificação não só cognitiva, mas também subjetiva (FREITAS et al., 2012). Porém, de acordo com Stroschein e Zocche (2011-2012) é imprescindível que os trabalhadores de saúde possuam um espaço para observar a sua realidade de trabalho para poder listar os problemas existentes, e traçar estratégias educacionais para encará-los, articulando a teoria com a prática, a partir de hipóteses e soluções. Mas defendemos que, para que isto ocorra, é necessária a utilização da metodologia da problematização e não mais a metodologia de transmissão.

Outrossim, tais autores ressaltam ainda que a EPS deve possibilitar a criação desse espaço de discussão que pode e deve ser compartilhado por toda equipe, ao propor que as atividades educativas direcionadas aos trabalhadores de saúde sejam desenvolvidas por meio da problematização da realidade de trabalho.

Entretanto, para atender as necessidades de saúde da população, com uma maior resolubilidade das ações de saúde, e de acordo com os princípios propostos pelo SUS (integralidade, equidade, universalidade) é imprescindível que haja uma mudança nas práticas educativas que se dirigem aos trabalhadores de saúde para que elas sejam mais adequadas as práticas às necessidades cotidianas.

Diante da perspectiva das mudanças das práticas educativas, compreendemos que a EPS é uma política nacional de saúde necessária para o desenvolvimento dos processos de formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde no contexto do SUS, tendo como objetivo promover os princípios do SUS no desenvolvimento da aprendizagem coletiva, voltada para ações de integralidade, resolubilidade e compromisso dos trabalhadores de saúde e, conseqüentemente, a integração da equipe de saúde em prol da defesa da vida dos cidadãos.

Desse modo, na esfera municipal, os coordenadores da Atenção Básica devem ser os responsáveis por coordenar o processo de formulação e de operacionalização das políticas educacionais para os trabalhadores de saúde, devendo tomar como referência os princípios da EPS uma vez que a Educação Permanente dos trabalhadores de saúde é assegurada pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2012, p.27), ao definir que as três esferas de governo (município, estado e federação) são responsáveis pelo desenvolvimento de “mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de qualificação da força de trabalho para gestão e atenção à saúde, [...] estimulando e viabilizando a educação permanente dos profissionais das equipes”.

Mas, para que isto se efetive é imprescindível que os dirigentes se apropriem da Educação Permanente como uma política de Estado, uma estratégia para o fortalecimento da Atenção Básica e como uma proposta metodológica diferenciada da que ainda vigora na saúde, pois mesmo após a criação da PNEPS ainda persistem atividades que acontecem de forma pontual e, sem levar em consideração na sua realização as reais necessidades de aprendizagem dos trabalhadores de saúde e o perfil epidemiológico da comunidade.

Daí comungarmos com Silva e Pedduzi (2011) que a EPS tem como finalidade formar uma rede de ensino-aprendizagem no processo de trabalho no SUS a partir das necessidades da população, o que pode representar a possibilidade de retomar a ação comunicativa intersubjetiva nos locais de trabalho, onde geralmente estão presentes a racionalidade instrumental e a Educação Continuada, que visam o desenvolvimento da capacidade técnico-científica para conservar a normatividade das ações de saúde.

Portanto, consideramos a EPS uma ferramenta do SUS para transformar a realidade dos serviços de saúde com a reestruturação dos processos de formação e o desenvolvimento dos trabalhadores no cotidiano do trabalho e de acordo com as necessidades de aprendizagem dos trabalhadores e das demandas da comunidade. Assim, a EPS permeada pela problematização da realidade de trabalho poderá sensibilizar os trabalhadores de saúde à reflexão das suas práticas, e em consequência, adequá-las as necessidades cotidianas.

Além disso, a EPS deve possibilitar a integração da equipe ao recomendar a utilização da metodologia participativa que segundo Melo e Nascimento (2003) permitem o debate em grupo, que pode e deve ser formado por diversos trabalhadores de saúde, influenciando a criação de vínculo e cooperação entre si para a construção de conhecimentos e o desenvolvimento da competência interpessoal.

A EPS ao propor uma maior integração entre os trabalhadores de saúde, com diferentes categorias profissionais num mesmo processo de aprendizagem, com um compartilhar interesses comuns deverá construir coletivamente novos conhecimentos e possibilidades de intervenção sobre as situações geradoras das ações educativas.

Ao promover a integração da equipe, acreditamos que a EPS possibilitará uma maior qualidade dos serviços prestados e, concomitantemente, uma maior resolubilidade das demandas de saúde dos usuários da ESF, uma vez que o trabalho em equipe é fundamental para que a população seja atendida de forma integral, equânime e universal.

Para tanto, Celedônio e outros (2012, p.124) defendem a EPS como uma estratégia de aprendizagem que deve ser desenvolvida de forma coletiva e significativa

através da constituição de “uma gestão participativa e democrática dos processos formativos, e não apenas capacitações prescritivas do cuidado em saúde”.

Por sua vez, para Stroschein e Zocche (2011-2012, p.510) a EPS ao ser construída coletivamente poderá permitir aos sujeitos envolvidos no processo a construção de “acordos coletivos, ações estratégicas em saúde, protagonismo, transformação das práticas de atenção, de gestão e de controle social e produção de políticas enraizadas nos princípios e nas diretrizes do SUS”, reforçando que a realização da problematização com uma equipe interdisciplinar é uma das bases necessárias para transformar as práticas de saúde tradicionais, biologicistas e medicalizadas.

Entretanto, defendemos que as práticas de EPS ao serem realizadas entre os trabalhadores de saúde, devem permitir que o planejamento e a execução das ações de saúde aconteçam com a participação de todos os membros da equipe, contando com o olhar diferenciado de cada trabalhador o que, por sua vez, deverá ter uma maior possibilidade de desenvolvimento de uma produção do cuidado integral e resolutive.

Na pesquisa realizada por Costa e outros (2010), *Educação permanente no Programa Saúde da Família: um estudo qualitativo*, os participantes compreendem a Educação Permanente como uma atividade que deve ser desenvolvida coletivamente com a participação de todos os integrantes da equipe, e que a reunião de equipe é citada como a principal atividade coletiva produtora de Educação Permanente, pois possibilita a discussão sobre as necessidades de intervenção, o que vem a beneficiar o planejamento do trabalho.

Mediante os resultados desse estudo ressaltamos que a EPS deverá ser permeada pelo diálogo entre os diversos trabalhadores na construção do saber a partir de diferentes olhares e perspectivas, no sentido de contribuir não apenas com a integração da equipe, mas o fortalecimento de outros saberes e práticas que possibilitam o desenvolvimento de um trabalho em saúde inter e multidisciplinar, oferecendo maiores condições para uma assistência à saúde integral e resolutive.

Diante deste pressuposto, concordamos com Lima e outros (2012) ao afirmarem que os trabalhadores necessitam não só de capacitações e atualizações, mas de processos de aprendizagem que promovam a cooperação entre os sujeitos envolvidos e a consciência crítica sobre o seu impacto na sociedade em defesa uma prática segura e efetiva para um cuidado resolutive no seu processo de trabalho.

Dessa forma, analisar as experiências de EPS permite

[...] a reflexão crítica sobre o processo de trabalho, as percepções sobre as possibilidades e dificuldades existentes, as estratégias, as habilidades e atitudes

necessárias aos profissionais, os espaços compartilhados, o trabalho interdisciplinar, a relação com os usuários, as necessidades em saúde, as demandas do serviço [...] (STROSCHEIN; ZOCHE, 2011-2012, p. 517).

Assim sendo, a EPS além de propor que as práticas educativas sejam contextualizadas com o mundo do trabalho, no sentido de permitir que a transformação das práticas dos trabalhadores ocorra após a reflexão crítica sobre as realidades vivenciadas, e, portanto possibilite a organização do processo de trabalho, a integração da equipe, e a maior resolubilidade das necessidades de saúde da população.

O estudo *Educação Permanente com os Auxiliares de Enfermagem da Estratégia Saúde da Família em Sobral, Ceará* (BALBINO et al., 2010, p.255) evidenciou que os participantes reconhecem que as atividades educativas contribuem para a resolução dos problemas no dia-a-dia, e que os mesmos incorporaram na prática os conhecimentos tratados na Educação Permanente, o que transformou os profissionais de saúde em “agentes de mudanças no contexto do trabalho”. Portanto, os autores reforçam que para o oferecimento de uma assistência integral e resolutive pelos trabalhadores da ESF, é necessário que eles estejam inseridos em processos de EPS que possibilitem a reflexão crítica acerca das suas capacidades durante sua prática de trabalho cotidiana, que resultem em subsídios para a organização do processo de trabalho e numa maior qualidade da assistência prestada.

No referido estudo ficou evidenciado a concretização de um dos objetivos da EPS que é a transformação das práticas de trabalho dos trabalhadores de saúde em busca de uma assistência à saúde qualificada e resolutive, o que reforça a importância da EPS para transformar os trabalhadores em “agentes de mudanças”.

Mas, para alcançar seus objetivos a EPS propõe que seja utilizada nas atividades educativas para esses trabalhadores a pedagogia crítico-reflexiva com

[...] metodologias que permitam a problematização das situações vivenciadas no dia-a-dia do trabalho, bem como a construção, de intervenções que possibilitem as mudanças não somente dentro da instituição, mas na relação social do indivíduo, como sujeito que presta o cuidado ao paciente (RICALDONI; SENA, 2006, p. 842).

Na análise desta definição, a EPS se preocupa com a qualificação de todo o processo de trabalho, não só em relação ao conhecimento técnico científico, mas também com as relações interpessoais, as quais podem possibilitar uma maior integração da equipe e, conseqüentemente, uma maior confiança e cumplicidade entre os trabalhadores, o que leva a uma produção do cuidado em equipe.

O estudo de Figueredo, Rodriques-Neto e Leite (2010, p.120) ressalta que a Educação Permanente para os trabalhadores de saúde deve estar baseada no diálogo em que “[...] o educador e educando assumem papel ativo no processo de aprendizagem, através de uma abordagem crítico-reflexiva da realidade [...]”.

Porém, mediante tal contexto, é essencial que ocorra uma boa interação entre o trabalhador de saúde que está coordenando a atividade educativa e os demais trabalhadores, participantes da atividade, com o diálogo entre ambos, possibilitando que o conhecimento seja construído em conjunto e os saberes e práticas sejam discutidos, refletidos, revistos e respeitados, em prol de um bem comum – a resolubilidade das demandas dos serviços e das necessidades de saúde⁴ dos usuários.

Ao utilizarmos a proposta da EPS na ESF como eixo orientador para as práticas educativas direcionadas aos trabalhadores de saúde significa identificar, através da problematização da sua prática, os temas das ações educativas a eles direcionadas, considerando-os detentores de conhecimentos e práticas as quais devem ser valorizados, e como também empregar estratégias metodológicas participativas que estimulem o diálogo e a reflexão crítica.

Assim sendo, para Pessanha e Cunha (2009) a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores do SUS é fundamental para a política de saúde, principalmente ao levarmos em consideração que a ESF reuniu novos subsídios para a reorientação do seu processo de trabalho, que precisam de profissionais mais comprometidos em por em prática essas novas propostas.

Enfim, a EPS pode contribuir para uma melhor qualidade dos serviços e para a resolubilidade da produção do cuidado; propõe também que as práticas educativas sejam contextualizadas com o mundo do trabalho, o que poderá permitir que a transformação dessas práticas possa ocorrer após a reflexão crítica sobre as realidades vivenciadas com possibilidades à organização do processo de trabalho, integração da equipe, e resolubilidade das necessidades de saúde da população.

A resolubilidade da produção do cuidado de acordo com a Rede Humaniza SUS (BRASIL, 2013a) significa a associação dos graus de eficácia e da eficiência⁵ da ação de

⁴Necessidades de saúde são aqui entendidas como qualquer problema ou situação, que causem ou são potenciais causadores de doenças, apresentadas pelos indivíduos que precisam sofrer uma intervenção para o restabelecimento ou manutenção do estado de saúde deste.

⁵De acordo com Castro (2006) a **eficiência** preocupa com a utilização dos recursos, com o custo benefício da sua utilização, enquanto que a **eficácia** está relacionada com a capacidade de atingir os objetivos, alcançar os resultados.

saúde, ou seja, resolubilidade diz respeito à qualidade da assistência prestada, e da relação custo benefício da ação de saúde para alcançar o resultado esperado.

No entanto, discordamos de tal concepção por reconhecermos que a resolubilidade não está apenas relacionada à qualidade e a relação custo benefício da assistência, mas que pode ser um resultado deles, estando associado principalmente à resposta positiva que as ações de saúde vão oferecer aos problemas apresentados pelos usuários.

Para tanto, comungamos com Santos e Assis (2006, p.54) quando afirmam que a resolubilidade deve ser compreendida como uma resposta positiva as demandas de saúde, “a solução dos problemas”, que se constitui como resultado da confluência das outras dimensões da integralidade: vínculo, responsabilização, acolhimento e acesso. Deste modo, para Assis e outros (2012) a resolubilidade não se trata de resolver apenas problemas de saúde específicos apresentados pelo usuário ao trabalhador durante uma consulta, pois ultrapassa tal dimensão, é entender a subjetividade do indivíduo e assim perceber suas necessidades.

Diante desta mesma perspectiva, de acordo com Merhy (2006a) uma ação resolutiva não é resumida a uma conduta, mas uma possibilidade de utilizar todos os recursos disponíveis para acabar com o sofrimento e as causas do problema do usuário, e, portanto, isso decorre na criação de um processo que terá como resultados alterações no quadro do usuário e, conseqüentemente, na sua satisfação.

A respeito da concepção de resolubilidade comungamos com os autores que ela não significa apenas realizar um procedimento, mas utilizar todos os recursos disponíveis na tentativa de solucionar não só o problema de saúde do usuário, mas também as causas desse problema, e dessa forma lhe oferecer uma alteração positiva no seu quadro de saúde e sua satisfação.

O estudo de Oliveira (2009), *Produção do cuidado nas equipes de Saúde da Família em busca da resolubilidade da atenção*, vem complementar a nossa compreensão sobre a resolubilidade na ESF a partir do entendimento de resolução dos problemas/necessidades dos indivíduos, relacionando-a a um conjunto de características como acolhimento, trabalho em equipe, intersetorialidade, capacidade técnica, compromisso, responsabilização e vínculo, e os recursos disponíveis nas redes de assistência.

Assim, diante do exposto, neste estudo a resolubilidade levará em consideração a resolução dos problemas de saúde, que resulta da associação de várias dimensões, como acesso, acolhimento, trabalho em equipe, intersetorialidade, capacidade técnica, compromisso, responsabilização e vínculo, e os recursos disponíveis nas redes da produção do cuidado.

A produção do cuidado individual e/ou coletiva se constitui como a finalidade do trabalho em saúde. Para Assis e outros (2012), o cuidado se constitui como uma ação que visa à resolução das necessidades dos usuários com o uso de ferramentas que utilizam não apenas conhecimentos técnico-científicos, mas também o campo subjetivo, que é caracterizado pela capacidade de ouvir o outro, de se aproximar da sua realidade, e percebê-lo na sua totalidade.

De acordo com Franco e Merhy (2013) o cuidado é construído em relação com o outro, ou seja, entre o trabalhador (ou toda equipe) e o usuário. Outrossim, ressaltam que os processos produtivos em saúde só acontecem em ato nas intercessões entre trabalhador e usuário, em que ambos vão intervir um sobre o outro.

Para Merhy (2013a) no processo de trabalho em saúde há um encontro do agente produtor (trabalhador de saúde), com suas ferramentas (conhecimentos, equipamentos, dentre outros) e com o agente consumidor (usuário), que se torna parcialmente objeto da ação do produtor, mas não deixa de ser agente ao expor suas intenções, conhecimentos e representações, ao demonstrar suas necessidades, para a ocasião do trabalho, havendo em todo um processo em busca pelo produto final, a produção do cuidado - a manutenção ou reestabelecimento da saúde do usuário.

Desta maneira a produção do cuidado está relacionada com o desenvolvimento de práticas de trabalho que busque a utilização da escuta qualificada dos usuários e da sua percepção enquanto sujeito que possui especificidades individuais e coletivas, associadas aos conhecimentos técnico-científicos para compreender suas necessidades e tentar solucioná-las.

A produção do cuidado de acordo com Assis e outros (2012) e Oliveira (2009) está relacionada às práticas de saúde desenvolvidas pelos trabalhadores de saúde no ato de sua produção, e estão diretamente imbricadas com a forma com que são desenvolvidas, qual sua finalidade, para quem estão direcionadas, ou seja, se são orientadas para a realidade dos usuários em busca da resolubilidade das ações e serviços prestados.

Ainda de acordo com tais autores, a produção do cuidado deve ser usuário-centrada, em que devem ser consideradas as necessidades individuais e coletivas dos indivíduos nos âmbitos biológico, psicológico e social, e os mesmos sejam compreendidos como sujeitos e não objeto das ações a serem desenvolvidas.

Compreendemos assim que a produção do cuidado deve ter como prioridade restabelecer e/ou manter o estado de saúde do usuário, ou seja, deve ter como finalidade maior solucionar as necessidades dos usuários a partir do desenvolvimento de ações que os considerem em sua totalidade.

Para Assis (2010), a produção do cuidado resulta das dimensões acessos aos serviços de saúde, acolhimento, vínculo, coordenação ou responsabilização pela produção do cuidado, formação profissional para o SUS e resolubilidade.

Todavia, mediante tal perspectiva, Assis e outros (2012) consideram como obstáculos para a produção do cuidado integral e resolutivo as ações de saúde com características do modelo flexneriano, e a dificuldade ou incapacidade dos trabalhadores de saúde de ouvir as necessidades do usuário, de acolhê-lo, de responsabilizar-se, de articular conhecimentos, e de realizar ações no âmbito individual e coletivo.

No entanto, para que a resolubilidade seja garantida são necessárias mudanças das práticas de saúde, pois, elas têm sido produzidas de forma medicalizada pelos trabalhadores, que não levam em consideração suas especificidades, o que impede que haja a resolução dos problemas de saúde dos usuários. A medicalização é entendida por Poli Neto e Caponi(2010) como a influência da cultura biomédica tecnocrática nas relações da sociedade entre as pessoas, e entre os profissionais e pacientes, de modo que haja uma supervalorização do consumo de medicamentos, procedimentos técnicos e exames complementares.

Assim, a mudança das práticas de saúde para o alcance da resolubilidade pode ser conseguida através da realização de atividades educativas que sejam orientadas pela proposta da Educação Permanente em Saúde.

Mas, de acordo com Oliveira (2009) é necessário o desenvolvimento da educação permanente dos trabalhadores de saúde para a transformação das práticas de trabalho do Programa Saúde da Família (PSF), e, conseqüentemente, para a obtenção de uma maior resolubilidade das ações de saúde do PSF. Além do mais, deixa evidenciado que a resolubilidade também está diretamente relacionada com os recursos disponíveis nos demais níveis de atenção à saúde.

Por sua vez, o estudo de Balbino e outros (2010) ressalta a importância da Educação Permanente para transformar as práticas de trabalho. Os seus resultados evidenciam que a inclusão da equipe na Educação Permanente pode provocar transformação nas suas práticas de trabalho por meio do apoderamento e aperfeiçoamento de competências.

Na perspectiva de que a EPS é essencial para a melhoria da qualidade da assistência e, portanto, para o alcance da resolubilidade das ações o estudo *Formação e Educação Permanente e a produção de tecnologias em saúde e inovação do cuidado* (FREITAS et al., 2012), ao discutir o uso do apoio matricial em saúde mental na ESF retrata a necessidade do desenvolvimento de capacitações permanentes para transformar a realidade da comunidade em que o trabalhador de saúde atua, utilizando para isso uma metodologia

problematizadora que busque um desenvolvimento tanto cognitivo como subjetivo dos trabalhadores. Para os autores o apoio matricial é entendido nesse estudo como uma estratégia da EPS.

Por conseguinte, neste estudo tomamos como balizador para a análise da prática da EPS em busca da resolubilidade da produção do cuidado o estudo de Oliveira (2009) a partir de três dimensões: trabalho em equipe, intersectorialidade e capacidade técnica (Figura 1).

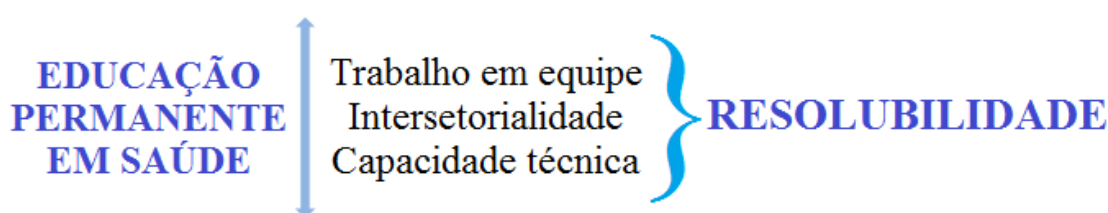


FIGURA 1 Prática da Educação Permanente em Saúde na Produção do Cuidado na Estratégia Saúde da Família

A capacidade resolutiva do PSF passa pela atitude profissional, segundo Oliveira (2009), no sentido de assegurar a resolubilidade aos problemas de saúde dos usuários que buscam atendimento, além de reforçar que a postura dos trabalhadores em ouvir os problemas dos usuários e tentar resolvê-los, na medida do possível, é necessária para garantir a resolubilidade do serviço.

Dessa forma, a resolubilidade da ESF está relacionada com a postura do profissional diante das demandas da população e sua disposição em ouvir as demandas dos usuários e tentar resolvê-las.

O **trabalho em equipe** para essa autora é essencial para assegurar a resolubilidade da atenção à saúde. Compreendemos que a organização da ESF em uma equipe multidisciplinar foi pensada justamente para qualificar os serviços de saúde prestados na Atenção Básica e, conseqüentemente, aumentar o grau de resolubilidade das necessidades de saúde dos usuários. Nesta perspectiva, para o desenvolvimento do processo de trabalho em equipe é essencial a resolubilidade das demandas de saúde.

No entanto, percebemos que, na prática, geralmente o trabalho desenvolvido pelos trabalhadores de saúde nas USF é desarticulado, e não há um planejamento e um desenvolvimento das ações com todos os componentes da equipe.

Para Silva (2014), discutir o trabalho em equipe é falar sobre a possibilidade de recompor os diferentes trabalhos, defender o desenvolvimento de projetos assistenciais de saúde compartilhados entre os membros da equipe para alcançar a produção do cuidado integral e a interação interdisciplinar no trabalho, com o envolvimento de todos nos processos decisórios, valorizando as especificidades de cada um. Para tanto, o desenvolvimento diário do trabalho em equipe interdisciplinar deve ser permeado pelo agir comunicativo e a interação para a articulação das ações.

Assim, para o desenvolvimento de um trabalho resolutivo na ESF é necessário que haja realmente um trabalho em equipe, pois a integração desta deverá possibilitar que os olhares e opiniões de diversos trabalhadores possam analisar uma determinada situação, o que poderá oportunizar o planejamento e a execução de ações para dar resolubilidade às demandas da população.

Todavia, Oliveira (2009) ainda reforça que a resolubilidade das necessidades de saúde depende também da parceria realizada com outros serviços de saúde - a **intersetorialidade**, que deve oportunizar o surgimento de outros espaços de participação e a inserção de outros atores sociais no processo de tomada de decisão no PSF. Para tanto, vemos que é preciso que haja uma articulação entre os serviços de saúde no sentido de dar resolubilidade à demanda, tendo em vista que se complementam, e assim, permitirá que os usuários tenham a continuidade da assistência de que necessitam a partir dos serviços de saúde de média e alta densidade tecnológica.

A Atenção Básica como porta de entrada do usuário aos serviços básicos de saúde e ordenadora do fluxo das Redes de Atenção à Saúde (RAS) deve dar respostas aos problemas inerentes à sua competência e encaminhar apenas os que realmente não tem condições de resolver. Além disso, a resolubilidade das necessidades de saúde dos usuários dependerá também dos **recursos disponíveis nas redes de atenção à saúde**.

Além destes aspectos já retratados no estudo de Oliveira (2009), a resolubilidade está relacionada também com o **compromisso** e a **capacidade técnica** dos trabalhadores de saúde. Porém os trabalhadores de saúde precisam estar formados tecnicamente para atuarem no PSF e terem o compromisso em desempenhar suas atividades para resolverem os problemas de saúde dos usuários. Mas, é necessária a promoção de uma outra forma de atuar no PSF, mas é preciso investir na formação dos trabalhadores de saúde e na EPS, para a transformação de sujeitos capazes de defenderem e concretizarem a maneira de organizar e fazer saúde no Programa Saúde da Família.

Entretanto, segundo Merhy (2006a, p.137), os trabalhadores de saúde precisam exercer sua autonomia como “portadores de saberes tecnológicos para enfrentar problemas de saúde, no processo de auto-gestão do trabalho, para desenhar as novas intervenções de acordo com as opções tecnológicas que dispomos, e submetê-las a permanente avaliação pública”.

Além disto, o trabalhador de saúde deve ser comprometido com o trabalho que realiza buscando sempre utilizar todos os saberes tecnológicos que dispõe, e adquirir novas habilidades, para intervir nas necessidades de saúde dos usuários, visando à resolubilidade das suas necessidades de saúde.

Concordamos com Oliveira (2009) que a resolubilidade de um serviço está relacionada com sua capacidade de assegurar o atendimento do cuidado integral, por meio de respostas efetivas às demandas de saúde dos usuários, com ações diretas das equipes de saúde, além de uma atuação interdisciplinar, ou da intersetorialidade.

Dessa forma, para garantir a resolubilidade da produção do cuidado na ESF é preciso promover mudanças nos processos de trabalho, de modo que esses estejam voltados para as necessidades individuais e coletivas da população assistida, e seja desenvolvido em conjunto com os profissionais que compõe a equipe, colocando em prática a atuação de um trabalho em equipe, para além do trabalho multiprofissional.

A ênfase aqui da à resolubilidade das ações desenvolvidas na Atenção Básica ressalta que tais serviços são responsáveis pela resolução das demandas de saúde dos usuários que buscam atendimento, seja em seu próprio espaço, seja pelo ordenamento para outros serviços adequados a atender a sua demanda. Apesar desse encaminhamento a Atenção Básica deverá ser responsável por acompanhar todo o processo de cuidado do usuário.

Compreendemos que embora a Atenção Básica seja considerada uma estratégia para reorientação do modelo assistencial, e da sua nova proposta de atuação, as práticas de trabalho desenvolvidas atualmente nesses espaços são ainda, na grande maioria das vezes, orientadas pelo modelo médico-hegemônico e desenvolvidas de forma desarticulada com as reais necessidades de saúde da população, pois, os trabalhadores muitas vezes colocam em prática apenas as atividades determinadas pelo Ministério da Saúde de forma vertical, sem levar em consideração as especificidades da comunidade a que assistem.

Assim para alcançar a resolubilidade da produção do cuidado em saúde Oliveira (2009) ressalta que é imprescindível a utilização de estratégias que permitam aos trabalhadores de saúde recolher, integrar, aprofundar e reinventar os saberes e práticas no setor saúde, adequando-o ao contexto, e reconhecendo a Atenção Básica como um campo distinto para resolução das demandas individuais e coletivas, com a ampliação de ações de

promoção à saúde e de prevenção de doenças e a garantia da articulação com os serviços de maior densidade tecnológica.

Diante disto, para que a ESF seja operacionalizada concordamos com Oliveira (2009) que é imprescindível a ampliação da capacidade resolutiva da Atenção Básica, pois a Estratégia além de influenciar e produzir impactos em todo o sistema de saúde possui também o desafio de instalar uma outra prática de trabalho, com o agir multiprofissional, acompanhamento da família, desenvolvimento de ações de prevenção e de promoção da saúde, e produzir efeitos positivos nos indicadores de saúde da população assistida.

Destarte, para se conseguir um cuidado integral, na perspectiva de concretizar o SUS enquanto instrumento de mudança, a resolubilidade deve permear todas as ações de saúde produzidas na rede assistencial (ASSIS et al., 2012). Outrossim, para conseguir tal resposta comungamos com Oliveira (2009) que a construção de uma intervenção mais resolutiva implica numa abordagem mais integral dos problemas de maneira interdisciplinar que possa dar respostas as várias dimensões dos problemas apresentados, muito para além das ações individuais.

Por conseguinte, este estudo tem o seguinte **pressuposto**:

A Educação Permanente em Saúde na Saúde da Família é uma estratégia da produção do cuidado para a resolubilidade das práticas de saúde, considerada uma responsabilidade coletiva do conjunto dos trabalhadores de saúde, gestores e usuários, no sentido de transformar o cotidiano de operar o processo de trabalho na atenção à Saúde da Família.

Para tanto, finalizamos com tais pensamentos que este estudo tem a pretensão de contribuir com o processo de discussão das práticas educativas dos profissionais de saúde, no contexto da ESF, analisando-as na perspectiva da PNEPS, e como elas tem contribuído para a resolubilidade das necessidades de saúde da população para qualificação dos serviços ofertados. Nesta perspectiva, os resultados obtidos poderão intervir para a melhoria da atenção à saúde dos indivíduos e das famílias assistidas pela ESF, além de poder contribuir com a valorização da atuação dos profissionais de saúde e gestores para uma maior qualidade dos serviços ofertados pela ESF, e consequentemente, numa assistência diferenciada para os usuários individual/coletivo, com trabalhadores de saúde que tenham formação voltada para a saúde coletiva.

2 METODOLOGIA

Segundo Minayo (2011, p. 14) a metodologia é “o caminho do pensamento e prática exercida na abordagem da realidade”. Assim, traçamos os caminhos que foram seguidos e o modo como eles são tratados para reconstruirmos a realidade estudada.

2.1 Tipo de estudo

Este é um estudo qualitativo diante da possibilidade de adentrarmos no mundo dos significados, das ações e relações humanas, tendo em vista que “trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes” (MINAYO, 2011, p. 21).

E, a partir daí sistematizamos progressivamente a informação para compreender a lógica interna do processo em estudo uma vez que, segundo Minayo (2010, p. 57) o estudo qualitativo nos permite desvendar processos sociais pouco conhecidos de grupos populacionais específicos, além de possibilitar “[...] a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação [...]”.

Por se tratar de uma pesquisa de campo este estudo nos permitiu uma maior aproximação da realidade estudada, em particular nas situações cotidianas como elas concretamente aconteceram, o que contribuiu, de acordo com Oliveira (2007), para esclarecer detalhes dos significados e das características dos dados da pesquisa o que facilitou a descrição detalhada dos fenômenos estudados, sem ter a preocupação de mensurá-los quantitativamente.

Por conseguinte, durante o processo de construção da pesquisa, fizemos uma análise crítica no sentido de contribuir com uma maior compreensão da realidade, das ações, subjetividades e comportamentos, na tentativa de nos aproximarmos da concepção Dialética, tendo em vista que ela se constitui um método que aborda a realidade, e a reconhece como processo histórico em suas peculiaridades. Segundo Minayo (2010, p.108), a Dialética é uma estratégia de “[...] apreensão e compreensão da prática social empírica dos indivíduos em sociedade [...], de realização da crítica das ideologias e das tentativas de articulação entre sujeito e objeto, ambos históricos”.

De acordo com Nascimento (2010) a Dialética possui como características movimento (a realidade está em constante transformação), historicidade (a compreensão de situações presentes só é possível quando se referencia em situações passadas), transformação

(a natureza e sociedade não são entes acabados, mas estão em constante transformação, e estão sujeitas ao curso da história), e totalidade (cada fenômeno faz parte de um todo, assim seu estudo só poderá ser realizado referenciando-se ao todo).

2.2 Campo de estudo

A pesquisa foi realizada no município de Camaçari – Bahia, localizado a 41 km de Salvador. Suas origens remontam aos primeiros anos da colonização do Brasil, sendo fundada em 1558, às margens do rio Joanes, pelos padres jesuítas João Gonçalves e Antônio Rodrigues, com a denominação de Aldeia do Divino Espírito Santo, emancipando-se em 1758, quando seu nome foi alterado para Vila de Nova Abrantes do Espírito Santo, e passado a ser chamado apenas de Vila de Abrantes. A linha férrea chegou à região em 1860, o que influenciou o seu desenvolvimento. Em 1920 surge o distrito de Camaçari, desmembrado de Abrantes, mas, apenas em 1938 o Município passou a ser chamado de Camaçari, representado pela sede e os distritos de Abrantes, Monte Gordo e Dias D'Ávila, esse último emancipado em 1985 (CAMAÇARI, 2010).

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (2010), em 2010 o município possuía uma população de 242.970 habitantes, distribuída em um território de 784,658 km². Cerca de 95% da população reside em área urbana e 5% em área rural. Segundo a estimativa do IBGE (2014), a população do município em 2013 foi de 275.575 habitantes.

Quanto à saúde, o município integra o Núcleo Regional de Saúde Leste, com sede em Salvador, que é composto por 48 municípios (BAHIA, 2015), e é sede de uma das 28 regiões de saúde do Estado da Bahia, que é formada por 6 municípios: Conde, Dias D'Ávila, Mata de São João, Pojuca e Simões Filho (BAHIA, 2012).

Camaçari possui atualmente 190 estabelecimentos de saúde, sendo um de administração estadual, 66 municipais, e 123 privados (CNES, 2014). Estes dados divergem do Relatório Anual de Gestão 2013 (CAMAÇARI, 2013, p.10) ao referir que a rede assistencial pública do município é composta por 54 unidades de saúde, distribuída da seguinte forma:

Rede Básica:

- 30 USF que abrigam 41 Equipes de Saúde da Família;
- Oito (8) UBS.

Rede de Média e Alta Complexidade:

- Uma (1) Policlínica de especialidades do Centro;
- Uma (1) Unidade de Atendimento em DST/AIDS;
- Um (1) Centro de Especialidades Odontológicas (CEO);
- Duas (2) Unidades de Atendimento Pré-Hospitalar de Atenção as Urgências - SAMU-192 Orla e Sede;
- Cinco (5) Unidades de Pronto Atendimento;
- Um (1) Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II);
- Um (1) Centro de Especialidade em Saúde Mental (CESME);
- Um (1) Centro de Unidades de Apoio e Referência em Saúde – CUIDAR, com equipe multiprofissional especializada, com os seguintes serviços: a Unidade de Apoio as Pessoas com Doença Falciforme (UNIFAL); o Centro de Oncologia de Camaçari (CEONC); o Centro Multiprofissional de Reabilitação Física de Camaçari (CEMPRE);
- Uma (1) Unidade Hospitalar Estadual (Hospital Geral de Camaçari).

Vigilância à Saúde

- Um (1) Centro de referência de Saúde do Trabalhador (CEREST);
- Um (1) Centro de Controle de Zoonoses.

Em Camaçari, a ESF tem uma cobertura populacional de 55,42%, sendo que 68,47% da população cadastrada utilizam a ESF (CAMAÇARI, 2013).

Todavia, o campo de investigação propriamente dito deste estudo foram as Unidades de Saúde da Família, a Diretoria da Atenção Básica e a Coordenação de Educação Permanente em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde.

A Coordenação de Educação Permanente em Saúde (CEPS) é constituída pelos seguintes representantes:

- Um coordenador (enfermeiro);
- Equipe técnica (dois enfermeiros e dois assistentes sociais);
- Coordenação administrativa, constituída por quatro trabalhadores que atuam no apoio administrativo (dois de nível médio, e dois de nível superior) que auxiliam a equipe técnica, integrando-se assim a equipe da Educação Permanente em Saúde um total de nove (9) trabalhadores de saúde.

A Diretoria da Atenção Básica (DAB), por sua vez, tem a seguinte estruturação:

- Diretor da Atenção Básica – responsável por todo o trabalho desenvolvido na Atenção Básica;
- Coordenação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)/ Programa Saúde da Família (PSF) – é responsável pelas equipes de Saúde da Família e de ACS;
- Apoiadores institucionais – responsáveis por acompanhar e auxiliar na organização e no desenvolvimento do trabalho das USF e das UBS de uma região; o território do Município foi dividido em seis (6) regiões;
- Coordenação administrativa – responsável pelo provimento dos insumos necessários ao funcionamento dos serviços de saúde;
- Áreas técnicas – cada área técnica possui um responsável e cada um é responsável por um programa específico (Saúde da Criança e Adolescente; Saúde do Adulto e Idoso; Saúde da Mulher; Saúde Bucal; Alimentação e Nutrição; Tuberculose e Hanseníase).

Para tanto, ilustramos na figura 1 o Organograma da Atenção Básica do Município de Camaçari/BA:

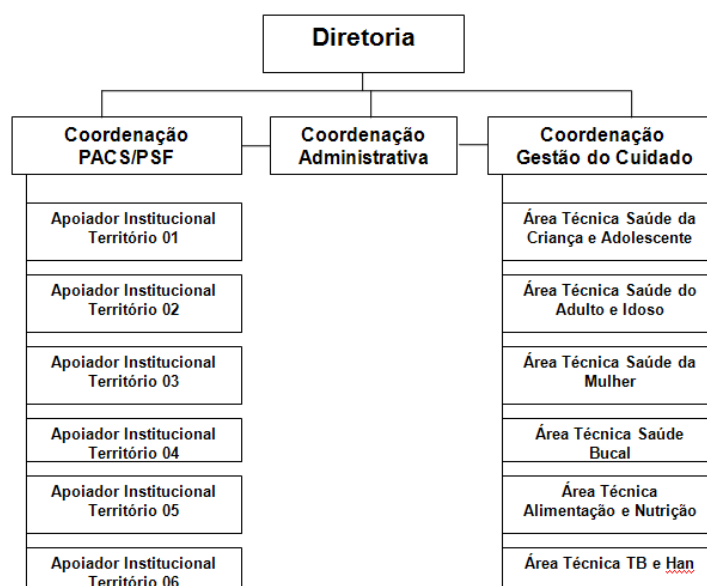


Figura 1: Organograma da Atenção Básica do Município de Camaçari/ BA. Secretaria Municipal de Saúde/ 2014.

Quanto à escolha das USF pesquisadas delimitamos os seguintes critérios de inclusão:

- equipe completa (enfermeiro, médico, auxiliar/ técnico de enfermagem, agente comunitário de saúde, cirurgião dentista e auxiliar de consultório de dentista - ACD);
- estar em funcionamento há mais de um (1) ano;

- com mais de 700 famílias cadastradas;
- equipes que integram o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ).

A partir de tais critérios de seleção das USF, das 41 USF existentes no Município, apenas três (3) atenderam a todos esses critérios. Entretanto ressaltamos que no momento da pesquisa todas as unidades possuíam mais de um ano de funcionamento e apenas 15 delas aderiram ao PMAQ em 2014. Segundo os dados do Sistema de informação da Atenção Básica (BRASIL, 2013) em 2012, somente 10 unidades possuíam Equipe de Saúde Bucal, porém, quatro (4) delas naquele momento estavam sem cirurgião dentista, ou seja, apenas seis(6) possuíam equipe completa,e entre elas somente três (3) tinham mais de 700 famílias cadastradas.

Apesar de três (3) USF atenderem aos critérios de seleção do estudo a pesquisa foi realizada apenas em duas USF, cada uma delas localizada em uma região⁶, pois conseguimos atingir a saturação dos dados. No intuito de mantermos o anonimato dos trabalhadores de saúde que participaram do estudo denominamos a primeira USF citada de USF1 e a segunda de USF2.

2.3 Técnicas e instrumentos de coleta de dados

Para coletar os dados utilizamos a entrevista, a observação e a análise de documentos.

A entrevista, de acordo com Minayo (1999, p. 109-110), é considerada uma importante técnica de coleta de dados diante da

[...] possibilidade de a fala ser reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos (sendo ela mesma uma delas) e ao mesmo tempo ter a magia de transmitir, através de um porta-voz, as representações de grupos determinados, em condições históricas, sócio-econômicas e culturais específicas.

Por conseguinte, escolhemos a entrevista, pois nossa interação como pesquisadora com o(a) entrevistado(a) (falar e ouvir), como reforça Santana (2010), nos possibilitou observar não só as falas dos entrevistados, mas também os elementos que estão implícitos no processo (pausas nos depoimentos, risos, choro, e outros).

⁶ O território da Atenção Básica em Camaçari é dividido em 6 regiões que são denominadas, respectivamente, Região 1, 2, 3, 4, 5, 6.

O tipo de entrevista utilizada foi à entrevista semi-estruturada, pois ela permite que os entrevistados, a partir de temas orientadores, exponham livremente o seu pensamento.

De acordo com Trivinnos (2008, p.146) a entrevista semi-estruturada

[...] é aquela que parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses, que interessam à pesquisa, e que em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem as respostas do informante.

Sobre a entrevista semi-estruturada Minayo (2010, p.64) complementa ainda que é aquela que “[...] combina perguntas fechadas e abertas, em que o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada”. Dessa forma, entendemos que a entrevista semi-estruturada foi apropriada neste estudo, pois permitiu que o(a) entrevistado(a) discorresse livremente sobre o tema proposto, expondo suas opiniões e valores.

Para orientar a entrevista elaboramos dois roteiros (APÊNDICE A e B) que tiveram a finalidade de nos conduzir (servir de guia/orientador) sobre os temas a serem conversados para responder as questões de estudo e alcançar seus objetivos. As entrevistas foram agendadas de acordo com a disponibilidade e a vontade de cada um dos participantes e realizadas no próprio trabalho dos trabalhadores de saúde e gestores, em local reservado, livre da escuta e interrupção de outrem, para que pudessem expor sua opinião de forma privativa. Apesar disso, em certos momentos tivemos problemas em realizar as entrevistas do Grupo 1 por causa da dificuldade de se ter um local adequado, por esse motivo algumas entrevistas foram reagendadas várias vezes, para serem realizadas em local adequado.

Após a leitura e o esclarecimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), os participantes assinaram o termo (APÊNDICE D). As entrevistas foram gravadas em gravador digital, com a autorização dos participantes e posteriormente arquivadas em um CD-R. O tempo da duração da entrevista foi flexível, e dependeu da complexidade da conversa e da disponibilidade dos participantes, assim, o tempo das entrevistas variou entre sete (7) minutos e uma (1) hora e três (3) minutos.

Para dar maior sustentabilidade e/ou reforçar os conteúdos das falas, escolhemos como segunda técnica de coleta de dados a observação, que segundo Lakatos e Marconi (2006) é uma técnica que utiliza os sentidos para conseguir apreender a realidade em estudo. Todavia, o tipo de observação escolhida foi a observação sistemática, aquela em que como pesquisadora observadora estabelecemos, a priori, os aspectos a serem observados, acompanhado de um roteiro (APÊNDICE C).

Durante a coleta observamos os aspectos que constam no roteiro (APÊNDICE C) e que estavam presentes nas práticas, comportamentos, gestos, expressões, sentimentos, bem como na própria dinâmica das equipes de saúde. O registro das informações observadas era realizado sempre que retornava do campo, para que não perdêssemos nenhum fato observado.

Além da entrevista semi-estruturada e da observação sistemática utilizamos também a análise de documentos em caráter complementar, para que pudéssemos articular entre o que está posto nos registros e o concreto das entrevistas e observações.

De acordo com Alves-Mazzotti e Gewandsznajder (2000) a análise de documentos é um tipo de técnica que usa documentos oficiais e/ou qualquer registro escrito para obtenção e informação, como por exemplo, o uso de regulamentos, atas de reuniões, relatórios, arquivos, pareceres, dentre outros, que podem prover elementos para que como pesquisadoras compreendamos o fenômeno investigado.

Realizamos inicialmente o levantamento prévio dos documentos que poderiam ser utilizados, enquanto fonte secundária, tendo selecionados, posteriormente, os documentos apresentados a seguir:

- **Documento 1:** Relatório Anual de Gestão 2012 do Município de Camaçari-BA, 2012 (RAG 2012 ou Doc.1);
- **Documento 2:** Relatório Anual de Gestão 2013 do Município de Camaçari-BA, 2013 (RAG 2013 OU Doc.2);
- **Documento 3:** Programação Anual de Saúde (PAS) 2014-2015 do Município de Camaçari-BA, 2014 (PAS 2014-2015 ou Doc.3);
- **Documento 4:** Plano Municipal de Saúde (PMS) 2014-2017 do Município de Camaçari-BA, 2014 (PMS 2014-2017 ou Doc.4).

Tais documentos foram disponibilizados pelo Departamento de Planejamento (DEPLAN) da Secretaria Municipal de Saúde de Camaçari/BA.

A coleta de dados ocorreu em três etapas:

1ª etapa: exploração do campo

Foi feita uma visita à Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Camaçari, com o intuito de explicar ao gestor a natureza da pesquisa e solicitar a autorização para sua realização. Nesse momento entregamos um ofício do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva-UEFS e a minuta do projeto de investigação. Ressaltamos que a nossa entrada no

campo só aconteceria após a aprovação da pesquisa no Comitê de Ética e Pesquisa-UEFS e da autorização do gestor da SMS de Camaçari.

2ª etapa: entrada no campo

Momento em que estabelecemos contato com os participantes da pesquisa e aproveitamos para apresentar, discutir a pesquisa e distribuir o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNIDE D) para leitura individual dos possíveis participantes. Assim, após apreciação, aqueles que quiseram participar do estudo realizamos o agendamento das entrevistas, conforme a disponibilidade do dia, horário e local definidos por cada entrevistado (a).

3ª etapa: coleta de dados

Nessa etapa realizamos a coleta de dados propriamente dita (entrevista/observação), que se iniciou no dia nove de julho e terminou no dia dois de setembro.

2.4 Participantes do estudo

Segundo Santana (2010, p.95) é importante que num estudo qualitativo sejam identificadas as pessoas ou grupo de pessoas que estão relacionados com o objeto de estudo, pois são eles que vivenciam a situação estudada pelo pesquisador, e que fornecem “[...] informações sobre suas experiências, suas práticas, seus sentimentos, seus pontos de vista [...]”.

Dessa forma, a pesquisa qualitativa promove uma valorização do participante do estudo uma vez que, de acordo com a autora o sujeito é valorizado no processo de produzir conhecimentos sobre realidades das quais fazem parte.

Nessa direção, para Minayo (2010, p.48), a pesquisa qualitativa não se baseia numa amostragem numérica, pois não há uma preocupação, a priori, com o quantitativo de participantes, uma vez que o “universo” analisado são suas “[...] representações, conhecimentos, práticas, comportamentos e atitudes [...]”.

Portanto, há uma busca pelo aprofundamento da compreensão de um grupo social, em que a amostra ideal é aquela que pode refletir a totalidade do tema estudado em suas múltiplas dimensões (MINAYO, 1999).

Diante disso, participaram da pesquisa um total de 26 sujeitos. Para definir a amostra utilizamos o critério de saturação, ou seja, interrompemos a coleta de dados quando percebemos uma regularidade de apresentação das “[...] concepções, explicações e sentidos atribuídos pelos sujeitos [...]” (MINAYO, 2007, p.48) e, quando conseguimos no campo de investigação “compreender a lógica interna do grupo ou da coletividade em estudo” (MINAYO, 2010, p. 197-198).

Assim, neste estudo trabalhamos com duas categorias ou grupos de participantes: que, em sua singularidade e especificidade, nos possibilitaram a compreensão da realidade pesquisada.

O **Grupo I**, denominado de trabalhadores de saúde da Equipe de Saúde da Família (enfermeiros, técnico de enfermagem, médico, cirurgião dentista, assistente de saúde bucal (ASB), auxiliar/ técnico de enfermagem, agente comunitário de saúde).

O Quadro 3 caracteriza esses participantes.

Quadro 3 Caracterização dos participantes da pesquisa – Trabalhadores de saúde da EqSF (Grupo I). Camaçari-BA, jul.-set. de 2014.

Ordem da entrevista*	Sexo	Idade (anos)	Tempo de formação	Função/ Ocupação	Tempo de atuação	Duplo vínculo	Pós-graduação
bE15	F	46	2 anos	ACS	22 anos	----	----
E16	F	56	3 anos	Técnica de Enfermagem	13 anos	Hospital Público	Especialização em Políticas Públicas com ênfase em saúde da Família
E17	F	62	38 anos	Cirurgião dentista	5 anos	----	Especialização Saúde da Família
E18	F	43	6 anos	ACD	9 anos	----	----
E19	F	35	----	ACS	2 anos	----	----
E20	F	62	36 anos	Médica	3 anos	Hospital	Especialização em Pediatria
E21	F	34	8 anos	Enfermeira	3 anos	----	Especialização Enfermagem do Trabalho
E22	F	25 anos	5 anos	Técnica de enfermagem	4 anos	----	----
E23	F	34	2 anos	ACD	3 anos	SESC Odontologia	----
E24	F	45	24 anos	Cirurgião dentista	9 anos	----	Especialização Saúde Pública
E25	M	35 anos	11 anos	Enfermeiro	5 anos	Hospital Público	Especialização em Cardiologia; Auditoria

*Observação: ordem da entrevista, refere-se a ordem crescente de cada entrevista realizada, independente do grupo do participante. A letra E, leia-se entrevistado (a).

Como demonstrado no quadro 3, o grupo I foi constituído por 11 trabalhadores de saúde, sendo sete (7) da USF1 e quatro (4) da USF2; apenas um (1) é do sexo masculino; a

faixa de idade variou entre 25 e 62 anos. Os trabalhadores foram representados por dois (2) enfermeiros, uma (1) médica, duas (2) cirurgiãs dentistas, duas (2) ACS, duas (2) ACD e duas (2) técnicas de enfermagem; o tempo de formação variou entre dois (2) e 38 anos; o tempo de atuação na EqSF variou de dois (2) até 22 anos. Sete (7) deles com nível superior e com pós-graduação *latu sensu* (Políticas Públicas com ênfase em saúde da Família; Saúde da Família; Enfermagem do Trabalho, Saúde Pública; Cardiologia; Auditoria; e Residência em Pediatria). Entre os trabalhadores apenas quatro (4) possuem outro vínculo empregatício, sendo que três (3) atuam na área hospitalar e um (1) no Serviço Social do Comércio (SESC) na área de Odontologia.

O **Grupo II** denominado de gestores aqui representados por dirigentes da Diretoria da Atenção Básica e da Coordenação de Educação Permanente em Saúde (formuladores de políticas e do processo organizativo dos serviços de saúde, composto por coordenador do PACS/PSF e dirigentes da Atenção Básica à Saúde, coordenador e dirigentes do Comitê de Ética Permanente em Saúde com tal função há pelo menos seis (6) meses.

O Quadro 4 apresenta as características destes participantes.

Quadro 4 Caracterização dos participantes da pesquisa - Gestores da DAB e da CEPS (Grupo II). Camaçari-BA, jul.-set. de 2014.

Ordem da	Sexo	Idade	Tempo de	Função/	Tempo de	Duplo	Pós-graduação
----------	------	-------	----------	---------	----------	-------	---------------

entrevista		(anos)	formação	Ocupação	serviço	vínculo	
E1	F	49	26 anos	Equipe Técnica EPS	6 anos	Outro município	Especialização em Terapia de família e Saúde Pública
E2	F	35	12 anos	Equipe Técnica EPS	2 anos	Possui	Especialização saúde da Família, Mestranda em Saúde Coletiva
E3	F	44	----	Equipe Técnica EPS	1 ano	----	Especilização em gestão de Pessoas
E4	F	56	37 anos	Coordenação Adm. EPS	14 anos	----	Especialização em Saúde Pública
E5	F	45	4 anos	Coordenação Adm. EPS	2 anos	----	----
E6	F	32	10 anos	Coordenadora PACS/PSF	2 anos	Outro Município	Especialização em Saúde Coletiva e Saúde da Família
E7	F	27	5 anos	ÁreaTécnica AB	5 anos	Hospital	Especialização em Gestão da Atenção Básica e Saúde Pública
E8	F	34	11 anos	ÁreaTécnica AB	2 anos	Hospital Universitário UFBA	Especialização em Saúde Coletiva e Auditoria de Sistema de Saúde
E9	F	41	18 anos	ApoiadoraInstitucional AB	5 anos	DocenteFaculdade Particular	Especialização em Urgência e Emergência e Educação em Enfermagem
E10	F	34	10 anos	ApoiadoraInstitucional AB	1 ano	----	Residência em Saúde da Família e Nestrabda em Saúde Pública
E11	F	44	18 anos	Apoiadora Institucional AB	1 ano	----	EspecializaçãoemVigilânciaSanitária
E12	F	42	---	Coordenação Adm. EPS	8 meses	----	----
E13	F	47	12 anos	Equipe Técnica EPS	7 meses	----	Especialização Terapia Comunitária e Gerência de Cidades
E14	M	39	14 anos	Coordenador EPS	3 anos	Docente UFBA	Especialização em Saúde da Família; Capacitação Pedagógica; Preceptoría do SUS; Saúde reprodutiva.
E26	F	32	7 anos	Coordenação Adm. EPS	4 anos	----	Especialização em Saúde Pública; Gestão do Trabalho; Educação na Saúde; Formação Especial na Saúde.

Neste quadro 4 o Grupo II, representado pelos gestores da Diretoria da Atenção Básica e da Coordenação de Educação Permanente em Saúde, foi constituído por 15 participantes, sendo seis (6) da Diretoria da Atenção Básica e nove (9) do CEPS, dos quais

apenas um é do sexo masculino. A faixa de idade dos gestores variou entre 32 e 56 anos. Entre os gestores, sete (7) são enfermeiros, uma (1) cirurgiã-dentista, uma (1) administradora, três (3) assistentes sociais, dois (2) suem graduação, sendo que um tem o curso técnico (de enfermagem) todos com o tempo de formação variando entre cinco (5) e 37 anos, e com o tempo de atuação no serviço entre sete (7) meses e 14 anos. Sete (7) dos participantes possuem outro vínculo empregatício como hospital (2) e docência de ensino superior (2), dois (2) não especificaram o local em que trabalham. Todos os participantes graduados possuem pós-graduação *latu sensu* (Terapia de família; Saúde Pública; Saúde da Família; gestão de Pessoas; Saúde coletiva; Gestão da Atenção Básica; Auditoria de Sistema de Saúde; Urgência e Emergência e Educação em Enfermagem; Vigilância Sanitária; Terapia Comunitária; Gerência de Cidades; Capacitação Pedagógica; Preceptoria do SUS; Saúde reprodutiva; Gestão do Trabalho; Educação na Saúde; Formação Especial na Saúde), sendo que dois (2) gestores estão cursando Mestrado de Saúde Pública e Saúde Coletiva.

Ressaltamos que, em ambos os grupos, ao selecionarmos os participantes utilizamos como critério de inclusão exercerem suas atividades no mínimo há seis (6) meses independente do tipo de vínculo empregatício, e como critérios de exclusão: trabalhadores que estavam afastados do serviço por licença médica, licença prêmio e/ou férias.

No sentido de garantir o anonimato dos participantes em obediência à Resolução 466/ 2012 (BRASIL, 2012) que trata de pesquisa com seres humanos, os entrevistados foram identificados pela letra E acompanhado por um número, o qual representa a ordem numérica, de acordo com a ordem crescente das entrevistas, acompanhado do respectivo grupo, ou seja, Grupo I, trabalhador de saúde (TS), Grupo II, gestores (G), assim representado: E1G (entrevistado 1, Grupo II) e assim sucessivamente.

2.5 Método de análise de dados

Para analisar os dados empíricos utilizamos o método de Análise de Conteúdo que, segundo Minayo (1999, p. 203) “[...] relaciona estruturas semânticas (significantes) com estruturas sociológicas (significados) dos enunciados”, o que nos permitiu fazer uma associação com os conhecimentos teóricos.

Na organização e análise de dados tomamos como referência Assis e Jorge (2010) e Minayo (2010). Dessa forma, sistematizamos a seguir as etapas da análise de dados –

ordenação dos dados, classificação dos dados e análise final dos dados – que apesar de trazidas separadas e sequencialmente, elas estão intrinsecamente relacionadas:

1ª etapa: ordenação dos dados

Essa etapa consistiu na organização do material. Inicialmente transcrevemos *ipsi literis* as entrevistas, que foram gravadas em gravador digital. Ademais, diariamente ao voltar do campo de estudo registramos as observações.

Após transcrever todas as entrevistas e observações realizamos a leitura flutuante de todo material empírico, o que nos permitiu ter as primeiras impressões em relação ao relato dos entrevistados e as observações. Além disso, também fizemos uma leitura preliminar dos documentos para delimitar os assuntos que poderiam estar presentes na análise.

2ª etapa: classificação dos dados

Foi feita inicialmente uma leitura exaustiva do material empírico, o que nos permitiu, tomando como base o referencial teórico e os pressupostos que orientam o estudo, realizarmos a codificação do conteúdo das entrevistas, observações e documentos e com a identificação dos núcleos de sentido que expõem suas características importantes.

Dessa forma, apresentamos no Quadro 5 e 6, os núcleos de sentido encontrados no estudo, para os trabalhadores de saúde e gestores, respectivamente.

Quadro 5 Síntese das entrevistas do Grupo I – trabalhadores de saúde da EqSF, Camaçari-BA, jul.-set. 2014.

Núcleos de sentido		E15TS	E16TS	E(...)TS	E25TS	Síntese horizontal
Trabalho (objeto, finalidade, instrumentos, agentes, atividades intersetorialidade)						
EPS (compreensão EPS, objetivo EPS, atividades temporalidade, temas, metodologia, articulação teoria prática, público-alvo, agentes)						
	Trabalho em equipe					
RESOLUBILIDADE	Capacidade técnica					
	Intersetorialidade					
Avanços/facilidade						
Limites/dificuldades						
Síntese vertical						

Quadro 6 Síntese das entrevistas do Grupo II – gestores DAB e da CEPS, Camaçari-BA, jul.-set. 2014.

Núcleos de sentido	E1G	E2G	E(...)G	E26G	Síntese horizontal
Compreensão EPS					
Objetivo EPS					
Atividades desenvolvidas					
Escolha dos temas					
Público alvo					
Metodologia					
Temporalidade					
Articulação teoria-prática					
Agentes					
Influência na resolubilidade					
Avanços/ facilidades					
Limites/ dificuldades					
Síntese vertical					

A síntese horizontal consiste na leitura de cada núcleo de sentido na perspectiva de cada entrevistado. Nesse momento foi possível identificar as convergências e diferenças, apesar de atentarmos também para as divergências e/ou complementariedade das falas quando se faziam presentes.

A síntese vertical, por sua vez, é um resumo de cada entrevista a partir de todos os núcleos de sentido.

3ª etapa: análise final dos dados

Nessa última fase os resultados ganharam significados com o tratamento do material estudado, a partir da codificação, classificação e interpretação.

Para estabelecer relações dialéticas entre as distintas fontes de dados utilizadas, realizamos a triangulação de dados do material empírico e do referencial teórico na tentativa de conhecer as realidades históricas e sociais existentes “[...] nos diferentes contextos das políticas e práticas de saúde [...]” (ASSIS; JORGE, 2010, p.154).

De acordo com Trivinos (2008, p.138) a finalidade da triangulação de dados é contemplar “[...] a máxima amplitude na descrição, explicação e compreensão do foco em estudo”. Parte do princípio de que um fenômeno social não ocorre de forma isolada, mas está associado a fatos históricos, significados culturais e a realidade social.

Na triangulação combinamos e cruzamos a diversidade dos grupos de participantes (Grupo I e Grupo II) e as várias técnicas de coleta de dados (entrevistas, observações, e análise de documentos), que foram sustentados pelo referencial teórico, com o intuito de conhecermos as realidades presentes em cada contexto e de confrontá-los, para identificar as convergências, divergências, complementariedades e diferenças.

Esse processo possibilitou a construção das seguintes categorias, a partir dos núcleos de sentido:

Categoria 1: PROCESSO DE TRABALHO DA ESF E A (DES) ARTICULAÇÃO DA EPS NA PRODUÇÃO DO CUIDADO: o pensar e o agir dos protagonistas

Nesta categoria elaboramos três subcategorias:

- PROCESSO DE TRABALHO DA EqSF NA PRODUÇÃO DO CUIDADO
- COMPREENSÃO DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: ambivalências e contradições
- PRÁTICA DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NA ESF: planejamento, organização e execução para a produção do cuidado em saúde na ESF
- EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NA ESF: o pensar e fazer dos protagonistas

Categoria 2: RESOLUBILIDADE DA PRODUÇÃO DO CUIDADO NA ESF E A CONSTRUÇÃO DE SABERES E PRÁTICAS: o protagonismo da Educação Permanente em Saúde, mas na prática, “a teoria é outra”

2.6 Questões éticas

Considerando que os participantes desta pesquisa são seres humanos – trabalhadores de saúde das USF, gestores e dirigentes da Atenção Básica e do Núcleo de Educação Permanente em Saúde, do Município de Camaçari – estivemos atentos para garantir os princípios éticos que envolvem as pesquisas com seres humanos e só iniciamos a coleta de dados após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UEFS, do qual obtivemos autorização no dia 23 de abril de 2014, parecer nº 622.452 (CAAE 27465614.0000.0053).

Para garantir os princípios éticos que orientam um trabalho desta natureza os participantes foram informados dos objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e incômodos que a pesquisa poderia lhe causar, previamente, além de terem garantido o sigilo e o anonimato da autoria do conteúdo das entrevistas e das observações. A partir do exposto aqueles que aceitaram participar da entrevista assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE D), obedecendo assim a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, em duas vias, sendo que uma ficou com o entrevistado e a outro com a pesquisadora (BRASIL, 2013c).

No Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi solicitado que as entrevistas fossem gravadas, garantindo-lhes também o direito a ouvir as entrevistas após o seu término e a retirar ou acrescentar alguma informação que lhes interessassem.

As entrevistas foram transcritas, gravadas em um CD-R e apagadas do gravador. Este material será guardado por cinco anos no Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva (NUPISC). Transcorrido este período será destruído.

Os resultados desta pesquisa poderão trazer como benefício à possibilidade de elaboração de uma política de EPS viável e crítica sobre como as atividades desenvolvidas na Estratégia Saúde da Família em busca da resolubilidade das demandas de saúde dos usuários, além de possibilitara reorientação dos modelos de EPS como o proposto pela Política Nacional de Atenção Básica. Entretanto, toda pesquisa com seres humanos tem riscos. Porém, os riscos deste estudo são mínimos comparados aos benefícios que pode trazer, como pode ser visto no Quadro 7 a seguir:

Quadro 7 Possíveis riscos e benefícios do estudo.

Riscos	Benefícios
• Possibilidade do constrangimento ao falar da sua prática de educação permanente (desconhecimento sobre o tema); • Desconforto por está sendo observado durante sua prática; • Preocupação (medo, vergonha) sobre os resultados.	• Possibilitar a reorientação dos modelos de EPS com o proposto pela PNEPS; • Evidenciar a importância do desenvolvimento da EPS para a resolubilidade da produção do cuidado em saúde; • Contribuir com as formas estratégicas de vencer as dificuldades e fortalecer as facilidades para implementação de uma política de EPS viável e crítica, tendo em vista o desenvolvimento da resolubilidade da produção do cuidado em saúde; • Valorizar a atuação dos profissionais de saúde e gestores para a promoção da resolubilidade da produção do cuidado em saúde.

Percebemos, deste modo, que apesar dos possíveis riscos, eles poderão ser superados pelos benefícios que este estudo poderá trazer, de modo que crie meios que auxiliem na resolubilidade da produção do cuidado em saúde através da Educação Permanente em Saúde.

3 PROCESSO DE TRABALHO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E A (DES)ARTICULAÇÃO DA EPS NA PRODUÇÃO DO CUIDADO: o pensar e o agir dos protagonistas

Neste item analisamos o processo de trabalho da EqSF, considerando-se a articulação da Educação Permanente em Saúde e a produção do cuidado a partir da valorização do pensar e agir dos seus protagonistas: gestores e trabalhadores de saúde. Para tanto, primeiramente, fizemos considerações sobre o processo de trabalho da equipe de Saúde da família e em seguida uma análise da compreensão da EPS a partir dos gestores e trabalhadores, e, posteriormente, a condução do processo da EPS na ESF para uma produção do cuidado em saúde.

3.1 PROCESSO DE TRABALHO DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NA PRODUÇÃO DO CUIDADO

O trabalho, segundo Peduzzi e Schraiber (2009), é um processo em que os homens operam sobre as forças da natureza subordinando-a ao seu controle e modificando-as em formatos úteis a sua vida e, ao mesmo tempo, nesse processo transformam a si mesmos.

Para Merhy e Franco (2009) o trabalho em saúde deve ser baseado no ato de cuidar da vida tendo como finalidade a produção social da vida e a sua defesa. O processo de trabalho em saúde, por sua vez, de acordo com Peduzzi e Schraiber (2009) está relacionado com a prática dos trabalhadores de saúde que estão inseridos no cotidiano da produção e consumo dos serviços de saúde.

Dessa forma, percebemos que o produto do trabalho em saúde não é material, o que se busca produzir nos serviços de saúde é o bem-estar das pessoas que o procuram, ou seja, a saúde. Para tanto, segundo Merhy (2006b), o trabalho em saúde é um “trabalho vivo em ato”, pois na saúde a interseção entre o produtor do bem de consumo e o consumidor é direto e imediato, e, além disso, o produto do trabalho em saúde é consumido ao mesmo tempo em que é produzido.

Concordamos com Souza e outros (2010) que a percepção dos trabalhadores de saúde e gestores sobre o processo de trabalho em saúde interfere nos modos de organizá-lo e, por conseguinte, no próprio cuidado.

Portanto, para compreendermos como tem acontecido a EPS para a ESF e de que forma ela tem influenciado na resolubilidade da produção do cuidado em saúde prestado aos

usuários desses serviços entendemos que é importante abordarmos inicialmente como tem sido desenvolvido o processo de trabalho nas USF estudadas. Para tanto, apresentaremos neste item as características do processo de trabalho (objeto, finalidade, instrumentos, ações desenvolvidas, agentes envolvidos, intersectorialidade) identificadas nas EqSF em estudo.

O objeto do trabalho, para Peduzzi e Schraiber (2009) compreende aquilo que vai sofrer a ação do trabalhador, ou seja, o que vai ser transformado. Para essas autoras e Merhy e Franco (2009) o objeto de trabalho na saúde são as necessidades de saúde dos usuários dos serviços de saúde, tanto individuais quanto coletivas.

Outrossim, de acordo com Oliveira e outros (2006, p.107), o “objeto de trabalho em saúde tem muitas dimensões, como a biológica, psicológica, social e cultural” o que permite a construção ampliada à atenção integral, atendendo as necessidades em saúde nas intervenções profissionais.

Ao questionarmos aos trabalhadores de saúde da ESF sobre qual era o seu objeto de trabalho as entrevistadas 15, 16, 19 e 21 convergem ao afirmarem que o objeto das suas ações são as pessoas a que assistem.

O objeto do meu trabalho eu acho que é o principal é assim é o me dá o melhor de mim pra poder eu servir aquelas pessoas [...] (E.15TS).

Eu trabalho com a população [...] (E.16TS).

Eu trabalho diretamente com o público, com as pessoas em geral (E.19TS).

O objeto do meu trabalho é o usuário né o paciente [...] (E.21TS).

Tais falas, implicitamente, levam-nos a inferir um avanço sobre o ‘olhar’ nas necessidades das pessoas a que atendem, apesar de não citarem as necessidades de saúde das pessoas como o objeto de sua ação.

Numa fala diferente, o E.25 concebe seu objeto de trabalho como uma finalidade — mudar os hábitos de vida das famílias a que atende.

Na verdade a proposta do programa de saúde da família é a gente interferir diretamente no dia a dia da família [...] é realmente uma mudança direta nos [...] hábitos que podem trazer é agravos pra vida deles [...] (E.25TS).

Para a trabalhadora de saúde, E.24, o seu objeto de trabalho é a saúde bucal, odontologia. Já as trabalhadoras de saúde E.18 e E.23 referem que seu objeto de trabalho é auxiliar a dentista.

Eu trabalho aqui com a dentista, né, [...] como o nome mesmo diz auxiliar. Eu auxilio ela no serviço [...] (E.18TS).

[...] no consultório odontológico auxiliando a dentista [...] (E.23TS).

Saúde bucal, odontologia (E.24TS).

Percebemos que a E.24TS tem como objeto de ação a sua área de formação e atuação, enquanto que as trabalhadoras de saúde E.18 e E.23 não atrelam o seu objeto à prestação da assistência à saúde, mas, ao trabalhador de saúde com que atua.

Outros entrevistados referiram como objetos de trabalho, a prevenção e a clínica; as especialidades básicas, e o Programa Saúde da Família, confundindo-o com as atividades que devem/podem ser realizadas na produção do cuidado, considerando-se a resolubilidade das necessidades de saúde dos usuários na ESF.

O certo seria é primeiramente a prevenção né que é o mais importante, mas é nós fazemos tudo claro que tem que ter a prevenção e também a parte clínica, a prevenção e a clínica [...] (E.17TS).

Eu trabalho dentro das especialidades básicas né, clínica médica, pediatria, é atenção à mulher, hiperdia, basicamente isso (E.20TS).

Eu trabalho com o programa saúde da família [...] (E.22TS)

Considerando-se tais falas, vemos assim que as respostas desses entrevistados levaram a três (3) compreensões sobre o seu objeto de trabalho: uma relacionada à concepção de que o objeto de trabalho em saúde são as pessoas (usuário/população); outra dirigida às atividades que realizam, particularmente focadas na doença/cura/prevenção; e a outra, à assistência à saúde.

Na perspectiva de Souza e outros (2010) essa falta de consenso na percepção do ser humano com ‘deficiência’ de atenção em saúde como objeto de trabalho partilhado pela equipe dificulta as trocas de saberes e a qualificação da assistência.

Concordamos com estas autoras, pois entendemos que para o desenvolvimento de um trabalho que esteja direcionado ao atendimento das necessidades de saúde da população é imprescindível que os trabalhadores de saúde as compreendam como o seu objeto de trabalho, para que o planejamento das suas ações seja orientado às suas demandas.

Quanto à finalidade do trabalho, para a E.21TS “é prestar um serviço de qualidade à comunidade que a gente atende”. Porém, as trabalhadoras de saúde E.15 e E.17 complementam que o objetivo do seu trabalho é a qualidade de vida das pessoas, a satisfação do usuário e profissional, e a melhoria da saúde bucal.

Então que todas essas pessoas tenham qualidade de vida, que a gente sempre esteja orientando, abordando [...] um assunto que seja de melhora para aquela família (E.15TS).

É a [...] satisfação do pessoal cliente, da minha também porque realmente eu gosto da profissão, é fazer um tratamento de qualidade que é importante e eu acho que nós fazemos, é o andamento perfeito, procurar melhorar a saúde bucal dos brasileiros, das pessoas, esse é o objetivo (E.17TS).

Diante desses entendimentos, Merhy e Franco (2009) reforçam que a verdadeira finalidade do trabalho em saúde é cuidar do usuário, que é o portador das necessidades de saúde.

A E.15TS acrescenta que o objetivo do seu trabalho “[...] é trabalhar com a prevenção e que realmente flui [...]”, entendimento também relatado pela maioria dos trabalhadores de saúde. Entretanto, além da prevenção de doenças foram citados também como finalidade do trabalho o tratamento, o controle de doenças e a promoção da saúde, explicitadas nas falas a seguir.

Bom o objetivo que é o trabalho nosso, que é um posto de Saúde da Família é **promoção de saúde**, que é no caso de ser paciente que já tá, queé pra **reabilitar** também a gente acompanha, né, que é a proposta da saúde da família (E.16TS).

O objetivo é **promover a saúde**, a gente trabalha na prevenção de doenças [...] (E.19TS).

A o objetivo principal é a questão é [...] você ter é, é prevenção né **é a prevenção e o controle né das patologias crônicas** (E.21TS).

Prevenção, o PSF **trabalha com prevenção e trabalha com a o tratamento**, tanto a prevenção quanto o tratamento (E.22TS).

Diferentemente dos demais entrevistados a E.24TS afirma que o objetivo do seu trabalho é mudar a situação epidemiológica da população. Já para o E.25TS é fazer uma reeducação da comunidade.

Ah o objetivo primordial é **mudar a situação epidemiológica né da população**, essa é a meta número 1, difícil de ser conseguida mais a gente tenta (E.24TS).

[...]acho que a proposta é a gente tá fazendo uma **reeducação com a comunidade** afim de que nós podemos corrigir, nós possamos corrigir possíveis falhas (E.25TS).

Numa perspectiva ampliada, para a E.21TS o objetivo do PSF é abordar o sujeito integralmente.

[...] eu acho que a finalidade principal do Programa Saúde da Família é esse é a abordagem [...] do sujeito integralmente [...] (E.21TS).

Percebemos que em muitas falas dos trabalhadores de saúde foram citadas as finalidades da ESF como sua finalidade de trabalho, o que não deixa de estar correto uma vez que é nessa estratégia que eles atuam. Além disso, pudemos apreender nas falas dos entrevistados, mesmo que implicitamente, que a finalidade do seu trabalho nas USF é cuidar dos usuários.

Todavia, a fala da E.18TS se contradiz das demais ao associar a finalidade do seu serviço a outro profissional da EqSF e não a comunidade a que assiste.

Aí então a minha função é [...] facilitar o serviço dela, é agilizar o serviço dela [da cirurgiã-dentista] [...] (E.18TS).

A partir desse entendimento sobre a finalidade do trabalho em saúde vimos que essa trabalhadora foca o seu desenvolvimento num trabalho técnico para facilitar e agilizar o serviço da trabalhadora com quem atua.

Apesar de compreendermos que todo processo de trabalho é conduzido pelos objetivos estabelecidos, para Faria e outros (2009) a escolha e o estabelecimento desses são uma atividade muito importante. Daí reforçam que o trabalho em saúde é necessário que os trabalhadores e gestores da saúde entendam que o seu objetivo é o cuidado à saúde dos usuários do serviço em que atuam, só assim eles desenvolverão ações que sejam capazes de atingir tal objetivo.

Ainda segundo tais autores, todo processo de trabalho é desenvolvido com a utilização de meios específicos ou instrumentos. E, neste sentido, nos reportamos a Merhy (2013a) ao afirmar que o trabalhador de saúde usa três tipos de valises para desenvolver o seu trabalho: uma, que está relacionada à suas mãos, com as ferramentas que utilizam para desenvolver o seu trabalho, como uma caneta e estetoscópio, que expressam uma caixa de ferramentas tecnológicas formada por “tecnologias duras”⁷; outra, que está associada à sua cabeça em que se situam saberes bem estruturados como a clínica e a epidemiologia, que expressam uma caixa formada por “tecnologias leve-duras”⁸; e, a última, que está no espaço

⁷ A tecnologia dura está relacionada aos equipamentos e máquinas utilizados para o tratamento ou diagnóstico em saúde (MERHY, 2006c).

⁸ A tecnologia leve-dura se constitui como os saberes tecnológicos clínicos e epidemiológicos utilizados no desenvolvimento das ações de saúde (MERHY, 2006c).

relacional do trabalhador-usuário que possui “tecnologias leves”⁹ que influenciam na produção das relações entre os dois sujeitos.

Nessa direção, para Faria e outros (2009) os instrumentos de trabalho abrangem as ferramentas (chamadas por Merhy de tecnologias duras) e estruturas físicas para o trabalho; os conhecimentos, sistematizados ou não, e as habilidades utilizadas no processo de trabalho (que são chamadas por Merhy de tecnologias leve-duras e leves); e as estruturas sociais, que determinam, por exemplo, as relações de poder no trabalho e a remuneração dos diversos tipos de trabalho.

Consequentemente, nas falas dos entrevistados vimos como instrumentos de trabalhos tanto as ferramentas e estruturas físicas, como as habilidades utilizadas no processo de trabalho, explicitado a seguir.

[...] cobrança é de cartão de vacina, a gente usa realmente nosso é [...] que a gente, por exemplo, o peso é diferente que você vai lá com a balança que você vai usar um instrumento, que você vai pesar aquela criança, mas o principal mesmo são as nossas conversas, né, é a nossa é [...] através do diálogo [...] (E.15TS).

Aqui deixa claro que há uma ‘valorização’ da relação que a trabalhadora de saúde estabelece com a comunidade a que atende; a trabalhadora de saúde faz uso das tecnologias leves para o desenvolvimento do seu trabalho.

Já, a entrevistada 20 trabalha com a clínica, considerando-a “soberana”, que os instrumentos utilizados são as orientações aos clientes, os exames laboratoriais e as especialidades a quem podem encaminhar.

É a clínica mesmo, eu acho que a clínica é soberana, então eu trabalho muito com a clínica, então eu acho que o paciente do [...] nosso tipo de [...] cliente é muito de [...] realmente você trabalhar com orientação, entendeu? Com dedicação mesmo, mais fora isso são os exames laboratoriais que a gente tem acesso né, as especialidades que a gente pode encaminhar e trabalhar nessa parte de [...] orientação é com é [...] essa parte mesmo de fazer né, reuniões e visitas domiciliares [...] e é tudo questões básicas mesmo (E.20TS).

Todavia, nesta fala, a E.20TS explicita a utilização tanto das ferramentas (exames laboratoriais – tecnologias duras) quanto seus conhecimentos (clínica – tecnologias leve-duras) e a relação com os usuários (orientações – tecnologias leves), o que pode mostrar que ela reconhece a importância do uso de cada um desses instrumentos para a realização do seu trabalho.

⁹ A tecnologia leve é compreendida como o modo de agir nas relações entre os sujeitos na produção das ações de saúde (MERHY, 2006c).

Assim como a E.20TS refere como instrumento de trabalho a orientação nas reuniões e visitas domiciliares, os trabalhadores de saúde E.16 e E.25 também fazem referência às visitas às famílias, inclusive o E.25 enfatiza como principal instrumento a visita do ACS aos domicílios.

[...] nós fazemos palestra [...]é tem o programa de tuberculose, de hansen, esses programas todos que envolve a programação da Saúde da Família. Tem palestras em escolas também aqui tem uma escola que faz parte do nosso território, tem muita coisa, né, a gente acompanha as famílias, visita as famílias, acolhe as famílias [...] (E.16TS).

O principal instrumento é a visita do técnico a visita do Agente Comunitário de Saúde aos domicílios [...] (E.25TS).

Para a E.19TS, os seus instrumentos de trabalho são as informações fornecidas pelo município, que vão subsidiar a sua atuação na comunidade.

Olha a gente usa as informações fornecidas pelo município, essas informações são através de é cartilhas, por exemplo, a gente recebe é manuais de, por exemplo, sobre hanseníase, sobre DST, sobre é diabetes, hipertensão, então a gente está sempre tomando cursos com relação a esses assuntos [...] Então essas cartilhas são fornecidas e a gente vai se atualizando, quando vem alguma orientação nova e isso a gente vai usando pra poder estar atuando na comunidade (E.19TS).

Porém, essa trabalhadora complementa sua fala a respeito da falta de novidades para levar à comunidade e a própria comunidade não fazer questão das suas orientações.

Às vezes a gente já tá tão naquela rotina que não tem nem assim novidade, eu vou falar o que? Sempre o mesmo assunto? Né, eu gostaria de ter uma novidade pra falar [...] a comunidade também não faz nem muita questão mais, quantas pessoas dizem assim: ah, vou fazer o que lá no posto? Nada, entendeu? Por quê? Por que o que tem a oferecer muitas vezes as pessoas só vêm o posto como o lugar de ir pro médico e acabou, e o agente de saúde também como aquela pessoa que só passa lá por passar e pronto também [...] (E.19TS).

Todavia, contradizendo a E.19TS, a E.20 afirma que a dificuldade é justamente quando tem algo novo a ser implantado.

Eu não acho que tenha dificuldades, eu só acho dificuldade quando é um novo programa, entendeu? Além do que a gente já tem é [...] porque o que tá acontecendo não tá tendo capacitação, quando nos convida pra [...] a gente já fica assim: a meu Deus já vem mais um encargo [...] Então a gente já vai sabendo que tem mais uma obrigação a [...] fazer (E.21TS).

Será que há uma objeção da E.20TS em aceitar a implementação de novos programas na USF? Em outro momento esta mesma entrevistada referiu que tem havido uma sobrecarga de trabalho nas Unidades de Saúde da Família.

Apesar dos trabalhadores de saúde terem referido à orientação e o diálogo como seus instrumentos de trabalho, nenhum deles citou como instrumento utilizado os seus conhecimentos. Compreendemos que os conhecimentos são importantes para o desenvolvimento das ações de saúde e para as orientações aos usuários dos serviços de saúde, pois deverão subsidiar o desenvolvimento das ações e a prestação do cuidado aos indivíduos.

Por sua vez, a E.24TS relatou que precisa do apoio institucional, em especial, do apoio matricial.

Bem a gente enquanto rede a gente precisa de apoio institucional, não é? É o matricial, muito [...] (E.24TS).

A fala da E.24 evidencia, ainda que sutilmente, a necessidade de apoio institucional para o desenvolvimento dos seus conhecimentos e habilidades para a realização de um trabalho em saúde resolutivo.

Por sua vez, para as entrevistadas 21 e 23 os instrumentos do seu trabalho são as ferramentas e/ou materiais de acordo com cada programa.

[...] tem os impressos, são vários impressos usados de acordo com cada programa, né, baseado nos programas do Ministério da Saúde [...] isso depende muito de cada programa que a gente vai atender[...] (E.21TS).

[...] a minha parte é todos os EPI, eu tenho que ter os EPI pra poder executar esse trabalho [...] (E.23TS).

Diferentemente dos demais entrevistados, para a E.22 é necessário para realização de um bom trabalho “[...] ter uma estrutura física, ter materiais que possibilitem um bom atendimento, e, assim, profissionais suficientes [...]”.

Destarte, concordamos com Faria e outros (2009) que os equipamentos e suplementos técnicos e a estrutura física das unidades de saúde utilizados na Atenção Básica são condições que vão permitir ou não o alcance de alguns dos objetivos do trabalho realizado nesse nível de atenção. Além disso, para os autores, devem ser considerados também os conhecimentos e habilidades dos profissionais e as relações estabelecidas pelos profissionais entre si e destes com os usuários e a comunidade como condições para a realização do trabalho.

Compreendemos que muitas das atividades desenvolvidas nas USF dependem dos recursos materiais e físicos, mas também estão relacionados com as relações interpessoais estabelecidas entre os profissionais, que são fundamentais para que haja um bom desenvolvimento do trabalho em equipe, como também para a criação de vínculo com a comunidade.

Como referido anteriormente os instrumentos são os meios utilizados para o desenvolvimento de ações para se atingir a finalidade do trabalho. Assim questionamos aos trabalhadores de saúde quais as atividades/ações eles têm desenvolvido nas suas unidades.

As trabalhadoras de saúde E.17 e E.18, da USFI, e E.23 e E.24, da USFII, se complementam ao afirmarem que desenvolvem tanto atividades individuais quanto coletivas, como mostra algumas falas a seguir.

[...] a prevenção e a clínica, não é só a prevenção, mas aqui temos flúor, temos as escovas [...] que tão mandando até uns folhetinhos, flúor, escova e nós fazemos palestras nas escolas, é escovação, palestra, aplicação de flúor ou gel ou bochecho [...] (E.17TS).

[...] aqui a gente faz além de atividade coletiva é o atendimento ambulatorial [...] Bem é aqui na unidade coletivo a gente faz educação em saúde [...] a gente desenvolve também escovação supervisionada, aplicação tópica de flúor, na unidade, e fora da unidade a gente trabalha com PSE, é às vezes também trabalhamos em outras instituições além de escola, né, associação e sempre normalmente a odontologia é isso educação em saúde, escovação supervisionada, é aplicação tópica de flúor e também levantamento epidemiológico, né, até pra nortear os nossos trabalhos coletivos e individuais (E.24TS).

Além disso, para a trabalhadora de saúde, E.20, a execução ‘bem feita’ das atividades básicas eleva o grau de resolubilidade dos serviços de saúde.

[...] eu acho que a gente se a gente se ativer mesmo nessas, nessas atenções básicas né cuidado da criança, cuidado do jovem, cuidado com atenção à mulher né, o hiperdia, fazer bem feito a gente tem uma grande resolutividade, já eu acho que bastante resolutividade, se fizer bem feito [...] (E.20TS).

A entrevistada 21 complementa que as ações realizadas na USF são, além das consultas, a supervisão das salas de vacina, de curativo e de espera.

Nós realizamos consultas né, também baseadas nos programas [...] supervisão de sala de vacina, de sala de curativo, é fazemos sala de espera né principalmente com os agentes comunitários de saúde, deixa eu ver, é busca ativa na área, visita domiciliar [...] (E.21TS).

A respeito das atividades coletivas na USF I não tem acontecido ações com a comunidade, pois não possuem um espaço adequado na unidade e na sua área de abrangência, constituindo-se uma dificuldade conforme as falas das E.15TS e a E.19TS.

[...] tem trabalho que a gente não realiza aqui por conta de ser um espaço pequeno, como você já viu, o espaço físico, entendeu? Que a gente não tem muito assim sala disponível pra gente fazer assim tal coisa, apresentação, então por isso que não tem assim um certo resultado como a gente deseja ter [...] (E.15TS).

Olhe aqui a gente infelizmente não tem desenvolvido ações com a comunidade porque nós temos um problema aqui que é falta de espaço, nós não temos associação de bairro e nossa unidade fica num prédio que não tem espaço pra fazer uma [...] reunião assim, né, como deveria ser, um espaço físico apropriado [...] Então hoje aqui infelizmente não tem tido esse tipo de atividade com a comunidade por conta disso (E.19TS).

Durante as observações pudemos perceber que a USFI funciona numa casa alugada e adaptada para o seu funcionamento, e que o seu espaço físico é pequeno, em que o maior espaço para realização tanto de reuniões com a comunidade quanto com os trabalhadores é a sala de espera, o que dificulta muitas vezes a realização de atividades para grupos específicos. Assim, geralmente quando há alguma atividade de equipe ou de grupo é necessário encerrar os atendimentos na unidade durante aquele momento.

A entrevistada 19 relatou que tentaram realizar grupos com os usuários, e que acredita que isto possibilita um melhor atendimento.

[...] a gente tava se organizando pra dividir os grupos, grupo de gestantes, grupo de hipertensos, diabéticos, pra ver se a gente conseguia fazer um trabalho mais organizado, que não tava tendo, né, no objetivo de atender melhor a comunidade e tentar dar um atendimento melhor e até melhorar também o nosso serviço porque assim [...] eu acho que teria uma qualidade melhor de atendimento, né, quando você divide o grupo e assim, eu acho que é porque a comunidade ganha mais com isso [...] (E.19TS).

Entretanto, para a E.20TS ela não tem feito reuniões com os grupos “[...]tem algum tempo que eu não tenho feito porque eu fiquei só, a gente tá tomando fôlego agora de novo [...] porque no período que eu tava só não tinha como.”.

Neste contexto, a enfermeira da USFI ficou afastada do serviço por conta da licença maternidade e não foi substituída por outro profissional durante o período, o que contribuiu para uma sobrecarga de trabalho para os demais trabalhadores de saúde da unidade, em especial da médica, que assumiu suas responsabilidades. Todavia a E.16TS, faz referência que nessa unidade realizam ações de cuidado, prevenção e encaminhamentos.

Por sua vez, segundo os trabalhadores de saúde E.22 e E.25, na USFII são realizadas atividades de capacitação para os trabalhadores de saúde e a educação em saúde para os usuários.

As atividades que são desenvolvidas é a sala de espera, nós fazemos a capacitação, tanto nós profissionais quanto da gente para os pacientes, nós fazemos esse tipo de capacitação e assim a gente sempre procura inovar, fazer um grupo de idosos, um grupo de hiperdia, a gente faz uma brincadeira, uma feira de saúde [...] (E.22TS).

Essa parte de reeducação a gente faz no consultório a consulta com o paciente e sua família, a gente faz na recepção com as salas de espera, a gente faz nas unidades escolares, onde a gente é convidado ta fazendo isso, a gente já fez feiras de saúde locais em pontos mais afastados daqui da unidade [...] (E.25TS).

Vemos que nas falas desses entrevistados as ações que caracterizam a Atenção Básica de acordo com a PNAB, e que, portanto, devem ser desenvolvidas na Estratégia Saúde da Família. Segundo a PNAB (BRASIL, 2012, p.19) a Atenção Básica se caracteriza por

[...] 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.

Portanto, a EqSF deve desenvolver ações individuais e coletivas de promoção da saúde, prevenção e reabilitação dos agravos. Todavia, naquele momento ficou evidente que as atividades coletivas de saúde estão prejudicadas na USFI pela falta de um espaço físico adequado para o desenvolvimento dessas ações.

Ainda de acordo com a PNAB (BRASIL, 2012) a ESF deve possuir equipes multiprofissionais compostas no mínimo por médico, enfermeiro, cirurgião-dentista, auxiliar em saúde bucal ou técnico em saúde bucal, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e Agentes Comunitários da Saúde, para o desenvolvimento do trabalho em equipe, definido por Fortuna e outros (2005, p.62) como “uma rede de relações entre pessoas, relações de poderes, saberes, afetos, e desejos, onde é possível identificar os processos grupais”. Porém, tais trabalhadores devem desenvolver um trabalho em equipe de forma interdisciplinar para atender as demandas da comunidade adscrita às Unidades de Saúde da Família.

Nessa direção, Faria e outros (2009) identificam como agentes do processo de trabalho em saúde na ESF: as equipes de saúde - sujeitos grupais; os profissionais que compõem as EqSF - sujeitos individuais; e, as pessoas adscritas a ESF, que demandam seus serviços e, são ao mesmo tempo objeto e sujeito do processo de trabalho em saúde.

Outrossim, o agente ou sujeito do processo de trabalho é aquele que “[...] executa as ações, estabelece os objetivos e as relações de adequação dos meios e condições para a transformação dos objetos” (FARIA et al., 2009, p. 37).

Ao questionarmos quem são os responsáveis pelo desenvolvimento do processo de trabalhona USF as falas dos entrevistados 16, 20, 21, 22, 24 e 25 se complementam ao referirem que é toda a EqSF, explicitadas em algumas falas a seguir.

Vai desde o agente de limpeza, né, aos profissionais de nível superior, a dentista, a médica, a enfermeira, então assim nós trabalhamos em equipe e aqui nós conseguimos é desenvolver um bom trabalho em equipe né não depende de um profissional, depende de toda a equipe (E.21TS).

Acho que cada profissional tem o seu particular, todo mundo é essencial, tanto o médico quanto o enfermeiro, quanto os técnicos, eu acho que a unidade de saúde da família não dá pra funcionar faltando alguém, eu acho que todos são importantes no processo de trabalho (E.22TS).

[...] todos enquanto equipe né, então todos participando de um, do pouquinho do trabalho, o foco do outro, mas todo mundo se divide, as outras pessoas me ajudam, né, as outras especialidades estão a ajuda da odontologia também [...] (ET.24TS).

É importante o reconhecimento evidenciado nessas falas de que a singularidade e a especificidade de cada trabalhador são importantes para que o trabalho de um trabalhador complemente o do outro e dessa forma haja o desenvolvimento de um trabalho qualificado e se consiga atender as necessidades da população a que assistem.

Nessa direção, segundo Araújo e Rocha (2007), o trabalho em equipe tem como objetivo alcançar impactos sobre os diferentes aspectos que devem influenciar no processo saúde-doença. Assim, a ação interdisciplinar pode possibilitar que a prática de um trabalhador de saúde se renove na prática do outro, para que haja a transformação de ambos para intervirem na realidade em que atuam.

As visões distintas dos trabalhadores de saúde que compõem as equipes interdisciplinares segundo Araújo e Rocha (2007) devem facilitar a abordagem integral dos indivíduos/famílias, levando-o à obtenção de um maior impacto sobre os diferentes aspectos que interferem no processo saúde-doença.

Em contrapartida, apesar de relatar que todos os trabalhadores da EqSF são responsáveis pelo desenvolvimento do trabalho na ESF a trabalhadora de saúde E.15 valoriza a participação do ACS “Eu acho que o agente de saúde ele é uma pessoa que ta de linha de frente dentro daquele, daquela equipe [...]”.

Outrossim, segundo Fortuna e outros (2005), para o desenvolvimento do trabalho em saúde no PSF é necessário que o fazer conjunto seja maior do que a soma dos elementos do trabalho de cada um dessa equipe.

Todavia, o trabalho de um trabalhador de saúde da EqSF não deve ser destaque dos demais, apesar de entendermos que alguns deles são o que diferencia essa equipe das outras, mas compreendemos que todos em sua singularidade são importantes para a concretização da produção do cuidado em saúde na Estratégia Saúde da Família.

Para a E.19TS os trabalhadores que ela tem mais contato durante o trabalho são o médico, o enfermeiro e o técnico de enfermagem. Contudo as E.17 e E.18 referem outros agentes como a dentista, a ACD e algumas Agentes Comunitárias de Saúde.

A E.18TS ainda complementa que as atividades da Equipe de Saúde Bucal são combinadas com a equipe “[...] porque tudo que a gente faz a gente sempre é tudo é combinado a gente não faz as coisas assim solta, né, é tudo é planejado [...]”.

Apesar disso, percebemos que essa fala da E.18TS contradiz outra colocação feita por ela e a fala da E.17TS a seguir.

Não, é eu e a ACD [...] e trabalhamos também com alguns agentes é ACS né que é o agente comunitário de saúde que nos acompanha a escola [...] (E.17TS).

Eu e ela, porque o paciente tá ali quietinho [...] (E.18TS).

Ao levarmos em consideração as últimas falas das entrevistadas 17 e 18 percebemos que nelas há um distanciamento do trabalho que é realizado por tais trabalhadoras com o desenvolvido pela EqSF, uma vez que segundo Silva (2014), no trabalho em equipe o trabalhador de saúde não deverá trabalhar isoladamente, mas em equipe, pois o trabalho para atender todas as necessidades de saúde do usuário, individual ou coletivo, não deve ser desenvolvido apenas por um trabalhador de saúde.

Portanto, entendemos que para a realização de um cuidado integral e resolutivo é necessário que haja a integração da EqSF numa perspectiva multiprofissional e interdisciplinar, considerando-se as especificidades de cada trabalhador de saúde para que a produção do cuidado seja realizada numa perspectiva de trabalho coletivo.

Além disso, a trabalhadora de saúde E.18, ao afirmar que “o paciente tá ali quietinho” pode nos dar uma impressão que o usuário não é agente do seu processo de produção do cuidado. Ressaltamos nesta oportunidade que o usuário enquanto agente do processo de produção de cuidado não foi referido por nenhum outro trabalhador de saúde.

Isso vai de encontro à afirmativa de Faria e outros (2009) de que o usuário é objeto e agente no processo de trabalho em saúde, pois as alterações pretendidas com as ações de saúde só irão acontecer se ele decidir seguir as orientações e prescrições dos trabalhadores de saúde.

Por conseguinte, segundo Silva (2014), para a construção de um modo de trabalhar que rompa com o processo produtivo centrado no ato prescritivo é necessário que nos encontros entre trabalhadores de saúde e usuários sejam construídos momentos de falas, escutas e olhares, voltados para processos de trabalho mais relacionais.

Assim, os trabalhadores de saúde deverão respeitar os usuários na sua singularidade enquanto objetos e sujeitos do processo de trabalho, podendo participar das decisões sobre as ações que incidirão sobre a sua saúde.

Apesar destas observações, destacamos que a maioria dos trabalhadores de saúde reconhecem a equipe toda como responsável pelo desenvolvimento das ações de saúde nas unidades.

Nesse sentido, para Silva (2014, p.137) falar do trabalho em equipe é discutir sobre a possibilidade de reconstrução de diferentes trabalhos, defender o desenvolvimento dos projetos assistenciais de saúde compartilhados entre os membros de uma equipe para a obtenção de uma produção do cuidado integral, a partir da interação interdisciplinar no trabalho. Entretanto, deve estar relacionado à inclusão de todos os envolvidos nos processos decisórios, valorizando a percepção de cada um.

De acordo com as entrevistadas 15, 16, 17 e 20 a EqSF da USFI é coesa, existe o trabalho em conjunto, e todos assumem as ações propostas, além da cooperação entre os membros.

[...] a gente sempre trabalha em conjunto, por isso que eu acho que às vezes quando não dá certo é porque não depende da gente porque a equipe realmente em si ela se doa, porém às vezes tem falha, como qualquer outro é local de trabalho que não depende só daqui desse espaço (E.15TS).

[...] aqui todo mundo é unido, sabe? Se por acaso aparecer alguma coisa que às vezes até não é minha função ficar ali na recepção, mais aí precisou a gente vai [...] se precisar no que precisar a gente faz, um passa pro outro. Chegou aí, aí ó tá acontecendo isso, um passa pro outro aí vê o que é que precisa fazer (E.16TS).

[...] é o grupo é até muito coeso, muito comunicativo, o grupo assim as pessoas não tem aqui nenhum problema uma com a outra né, todo mundo feliz, eu acho as pessoas maravilhosas [...] (E.17TS).

[...] a gente quando a gente propõe todo mundo aceita e trabalha junto. A equipe é muito boa, muito coesa, os ACS são antigos, a maioria já tem tempo aqui, desde que fundou, alguns novos mais são muito bons. É uma equipe boa (E.20TS).

Tais falas evidenciam uma possibilidade concreta de uma articulação da equipe para o desenvolvimento das ações com o esforço dos seus membros para cumpri-las. Vemos nestas falas características que, segundo Fortuna e outros (2005), devem fazer parte da EqSF a cooperação e a pertinência. A cooperação está relacionada à articulação dos integrantes da equipe, de seus saberes, e de seus fazeres, para o desenvolvimento da ação a que esse grupo se propõe, enquanto que a pertinência se refere ao compromisso da equipe em realizar as ações a que se propôs.

Apesar dessas qualidades a entrevistada 17 refere que o trabalho em equipe poderia ser desenvolvido melhor.

Deveria ser mais, mas devido a a estrutura, não é. Porque nós não temos uma sala pra reunião é então é muito mais difícil [...]como também é um grupo pequeno, é mais realmente poderia ser um trabalho, uma equipe mais, é por causa disso, também, e a pessoa sempre tem todo [...] (E.17TS).

Por sua vez, na USFII há referência sobre uma melhora do trabalho em equipe após aderirem ao Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ), como evidenciado nas falas a seguir.

Eu acho que melhoramos muito, pode não ser ainda, fechar em 100% mas evoluímos muito, bastante (E.24TS).

Atualmente nós participamos do [...] chamado PMAQ, é o programa de melhoria do acesso de qualidade, esse programa fez a gente trabalhar mais em equipe a partir do momento que a gente trabalha com mais planejamento. Toda primeira segunda-feira do mês a gente faz o planejamento do mês seguinte [...]Isso dá mais unidade a nossas ações e mais coordenação também a nossas ações então é um mecanismo importante [...] (E.25TS).

O PMAQ, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2015), tem como objetivo estimular os gestores a melhorar a qualidade dos serviços de saúde ofertados pela Atenção Básica à Saúde. A sua meta é garantir um padrão de qualidade com um conjunto de estratégias de qualificação, acompanhamento e avaliação do trabalho das equipes de saúde. Além disso, os municípios participantes que atingirem melhora no padrão de qualidade no atendimento recebem um aumento dos recursos do incentivo federal.

Para o desenvolvimento do PMAQ nas USF é necessário que as equipes passem pelas etapas de autoavaliação, monitoramento; Educação Permanente; e Apoio Institucional (BRASIL, 2013b). Todavia, compreendemos que as equipes precisem ter um

maior entrosamento e, conseqüentemente, processos de discussão concretos e efetivos para o planejamento de suas ações na tentativa de atingir os objetivos propostos para a melhoria do acesso e da qualidade dos seus serviços. Portanto, ao terem que trabalhar com o PMAQ, a equipe da USFII teve que estruturar os seus processos de discussão e de trabalho em equipe.

De acordo com Silva (2014) uma equipe com atuação e comunicação concreta obtém maiores e melhores resultados para a própria equipe, para a população adscrita e para a gestão.

No entanto, o trabalho em equipe para Araújo e Rocha (2007) pressupõe que haja uma relação de reciprocidade de comunicação e interação, em que a comunicação em busca de consenso entre os profissionais manifesta-se em qualidade na atenção integral às necessidades de saúde dos usuários dos serviços. Além disso, ressaltam que o trabalho em equipe “provoca” a escuta do outro, o que supõe que deva haver o estabelecimento de um canal de comunicação, isto é, um diálogo.

Esse diálogo se constitui como uma ferramenta importante para o planejamento e o desenvolvimento das ações uma vez que pode possibilitar o consenso entre os trabalhadores de saúde, constituindo-se como um componente indispensável para o desenvolvimento de um bom trabalho em equipe.

Todos os entrevistados da USFII consideram a reunião em equipe como a principal estratégia para a articulação do trabalho em equipe. No entanto, observamos uma divergência entre os entrevistados quanto o tempo de realização dessas reuniões. Vimos que as reuniões da enfermeira com os ACS são mais frequentes do que a reunião de toda a equipe.

[...] sempre fazemos reunião de equipe. Agora mesmo teve uma reunião da enfermeira com as agentes comunitárias, aí quando reúne todo mundo aí ó a gente precisa reunir, 2 a 3 vezes no mês, dependendo da necessidade que mais vezes (E.16TS).

[...] por enquanto tá assim, tudo uma vez no mês, até se organizar melhor pra diminuir, né, aumentar a frequência das reuniões. Porque antes fazia uma vez na semana reunião, toda quarta-feira (E.19TS).

Segundo a entrevistada 19 durante as reuniões são definidas as estratégias para o desenvolvimento do trabalho na unidade.

Nós fazemos reuniões pra poder ver é desenvolver uma atividade e nessas reuniões a gente forma, assim define estratégias pra poder atender melhor, pra poder ter [...] uma estratégia de trabalho [...] (E.19TS).

A maioria dos entrevistados da USFII também afirmaram que a reunião de equipe é o principal instrumento para a articulação do trabalho em equipe e que nelas são realizados o planejamento e avaliação das ações, conforme explicitações exemplificadas a seguir.

A um instrumento assim básico são as reuniões de equipe né onde a gente faz o planejamento é das ações e depois uma avaliação, né do que a gente fez, e reavaliação também (E.24TS).

[...] esse momento das nossas reuniões é um momento importante do planejamento e a execução dessas ações (E.25TS).

As reuniões de equipe se constituem como importantes espaços de discussões para o planejamento e avaliação das ações, em que todos os trabalhadores de saúde devem ter suas singularidades respeitadas e tenham o direito de opinar. Mas, nas reuniões deve haver o diálogo entre os membros para se chegar a um “consenso”.

Todavia, para Silva (2014), as reuniões não são espaços apenas para encontrar soluções para as necessidades de saúde dos usuários e profissionais, mas devem servir também para promover transformações nos modos de trabalho.

Foi relatado também pelos trabalhadores de saúde da USFII que as reuniões são realizadas todas as segundas-feiras à tarde. Tivemos oportunidade de observar uma reunião de equipe na USFII, conduzida pelo enfermeiro da unidade, sendo discutidas as seguintes pautas: férias dos trabalhadores de saúde nos próximos meses; a agenda do mês que se iniciava; detalhes da atividade que seria realizado com os idosos; e o planejamento do mês seguinte. De acordo com o enfermeiro toda primeira segunda-feira do mês eles planejam o que será feito nas segundas-feiras do mês seguinte, sempre na perspectiva de duas (2) reuniões, uma (1) capacitação e um (1) grupo (sala de espera).

As trabalhadoras de saúde E.21 e E.15 da USFI referem que além das reuniões de equipe, os trabalhadores de saúde tem liberdade de “ir ao encontro do outro” quando necessário, o que é confirmado pela fala da entrevistada 15.

[...] além das reuniões nós temos liberdade de um ir ao [...] encontro do outro pra poder solicitar, falar de algum paciente, entendeu? Então assim tem além da reunião, não é só aquela coisa formal em reunião, né, tem aqui tem acesso ao outro profissional pra poder a gente ta tentando resolver o problema daquele paciente, ou evitando que esse problema aconteça (E.21TS).

[...] o bom do nosso trabalho é esse, ter respaldo no nosso trabalho, no dia adia, né, você ter essa abertura de você agendar uma consulta pra tirar uma dúvida que até mesmo a gente pode ta assim meio que insegura e a gente ter um profissional que esteja capacitado pra poder ajudar naquele momento (E.15TS).

No cotidiano do trabalho em equipe, para Silva (2014, p. 139), é necessário que esteja presente “o agir comunicativo como instrumento de ligação e articulação das ações”, se constituindo também como mecanismos de recomposição dos trabalhos de forma interativa.

Os trabalhadores de saúde devem desenvolver o diálogo não só durante as reuniões, mas em todo o seu processo de trabalho, de modo que esteja aberto para atuarem em conjunto na resolução dos problemas e demandas cotidianas.

Para as trabalhadoras de saúde, E.23 e E.24 da USFII, o trabalho em equipe é percebido também durante as ações cotidianas, como é evidenciado nas falas delas.

[...] muitas vezes a gente faz a feira de saúde, a feira de saúde engloba toda a equipe, aí cada qual vai fazer a sua parte, mas todos unidos no mesmo propósito [...] O trabalho de equipe é, assim as prioridades, que são as gestantes sai da sala do enfermeiro quando tá na consulta de pré-natal, aí tem que ter a consulta também com a odontologia, aí já dá com uma requisição pra gente já agendar ou no mesmo dia se possível já faz a primeira consulta e as consultas subseqüentes pra a gestante [...] e os demais eles vão vendo como o, quando, quando precisar aí já vai passando pra gente, pra gente saber ó aquele paciente tá com tal e tal problema, aí já passa o caso pra dentista, e vice-versa, quando a gente vê alguma coisa que tá de anormal no corpo do paciente, no rosto, no pescoço, já passa pro médico, aí pra ter sempre esse conjunto nessa equipe, tá sempre interligada um com o outro (E.23TS).

[...] sempre todos enquanto equipe né, então todos participando de um, do pouquinho do trabalho, o foco do outro, mas todo mundo se divide, as outras pessoas me ajudam, né, as outras especialidades estão a ajudar da odontologia também [...] (E.24TS).

Tais falas confirmam que há uma articulação dos trabalhadores para o desenvolvimento das ações, de modo que há a comunicação entre os trabalhadores, e o encaminhamento para a área competente sempre que alguma necessidade específica é identificada.

Para Araújo e Rocha (2007) o trabalho em equipe na ESF se estabelece como uma prática em que a comunicação entre os profissionais deve fazer parte do processo de trabalho cotidiano, em que os agentes desenvolvem a articulação das intervenções técnicas com o uso da linguagem. Porém, é necessário considerar as conexões e interfaces existentes entre as ações características de cada área profissional, preservando as especificidades de cada uma.

Concordamos com Fortuna e outros (2005) que a equipe não se estabelece apenas pela convivência de trabalhadores num mesmo serviço de saúde, uma vez que é necessário que ela seja construída e compreendida como uma estrutura em permanente desestruturação/reestruturação.

Portanto, para o estabelecimento do trabalho em equipe na ESF os trabalhadores de saúde precisam entender que é um processo contínuo de construção e reconstrução em que cada membro da equipe deve participar com ideias, avaliação e apontamento de resultados para a prestação de um serviço resolutivo.

Apesar das colocações apresentadas, uma dificuldade referida pela E.20TS e por alguns gestores (E.1, E.2, E.12, E.14) diz respeito aos trabalhadores que não tem perfil para atuar na ESF, destacadas aqui.

E outra coisa, muitos médicos não possuem o perfil, e enfermeiro também, porque cada um no seu quadrado. Então você tem várias áreas [...] tem pessoas que não estão capacitadas, eu acho, que não tem nem capacidade, capacidade tem, mas eu acho que não tem habilidade, claro se você é médico você é capaz, mas você pode não ter habilidade para trabalhar no PSF, por exemplo. De escutar a população, de ouvir, de tá, de chegar junto, né (E.1G).

Muitas vezes não sabem fazer, porque não tem a formação específica pra trabalhar na saúde da família [...] (E.2G).

[...]tem profissionais no PSF que não tem perfil, que não foi treinado, não tem o conhecimento e tá fazendo ambulatorio, como se fosse um ambulatorio de clinica, entendeu? Então não [...] finaliza, porque tantos exames às vezes desnecessários, tantos encaminhamentos desnecessários? (E.20TS).

Para Freitas e outros (2012), as práticas e a produção dos serviços de saúde do SUS estão muitas vezes prejudicados pela falta de qualificação, motivação e envolvimento dos trabalhadores, e que uma das maiores dificuldades para a qualificação e a vinculação do mesmo ao SUS é a sua formação orientada pelo modelo flexneriano, e a ainda delicada organização da PNEPS para os trabalhadores de saúde do Sistema Único de Saúde.

Além disso, para Pessanha e Cunha (2009), há um outro agravante para a adequação desses trabalhadores aos ideais do SUS e da ESF, é que muitos trabalhadores que atuam hoje nos serviços de saúde têm sua formação anterior a criação deles.

Segundo a gestora, E.8, a “educação permanente não tá conseguindo atingir a deficiência do próprio perfil do profissional”, pois tem encontrado obstáculos que vão além do seu âmbito de atuação como sobrecarga do serviço, as condições de trabalho, e a desqualificação do profissional.

Alguns dos motivos para isto estar acontecendo no Brasil, são citados por Serra e Rodrigues (2010, p.3581) dentre eles a formação para a saúde da família ainda ser recente e insuficiente em termos quantitativos; as condições de trabalho não serem as ideais (salários baixos e vínculos empregatícios precários); e os mecanismos de educação permanente ainda pouco desenvolvidos.

Percebemos que os profissionais sem o perfil adequado para atuar na ESF acabam dificultando não só as ações prestadas aos usuários da ESF, mas também o desenvolvimento do trabalho em equipe de forma interdisciplinar.

Destarte, Costa, Enders e Mendes (2008) chamam atenção que o ordenamento e a formação de pessoal como atribuição do SUS constam na Constituição Federal de 1988, de modo que é necessário superar a formação profissional com prioridades do modelo clínico, para desenvolver trabalhadores que possuam autonomia, habilidades para o desenvolvimento do trabalho em equipe, e que sejam comprometidos com as exigências atuais do setor saúde.

Além disso, a fala da E.20TS evidenciou que o despreparo dos trabalhadores acaba fazendo com que haja um número excessivo de solicitação de exames e encaminhamentos para especialistas, o que prejudica a utilização adequada dessas ferramentas quando o usuário realmente necessita. Para tanto, a ESF deve atuar de forma articulada com os outros setores com o intuito de atender suas demandas que, muitas vezes, vão além do que pode ser resolvido na unidade.

Essa relação entre a ESF e os demais setores tanto da saúde, quanto de outras áreas, é denominada de intersetorialidade. Para Papoula (2006, p.28) a intersetorialidade “é uma estratégia que envolve articulação, planejamento, execução e avaliação de diversos atores e setores em resposta a problemas identificados em determinado território” e que exige o compartilhamento e a cooperação das várias especialidades de uma forma horizontal, com o enfrentamento dos conflitos, procurando o consenso. Além disso, a intersetorialidade busca acabar com a fragmentação das políticas públicas, provocando a necessidade de novas formas de gestão, envolvendo também a participação da comunidade.

A respeito da intersetorialidade o Ministério da Saúde (BRASIL, 2010) estabeleceu diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do Sistema Único de Saúde, através da Portaria Ministerial nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010 para facilitar e organizar a relação e a comunicação entre os serviços de saúde.

Essa Portaria trata das diretrizes para a estruturação da RAS como uma estratégia para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde e aprimorar o funcionamento político-institucional do SUS, que tem como finalidade garantir ao usuário o conjunto de ações e serviços que necessitam, com qualidade.

O Decreto 7.508 de 28 de junho de 2011 (BRASIL, 2011), que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (BRASIL, 1990), reafirma os conceitos apresentados na Portaria 4.279 de 30 de dezembro de 2010 (BRASIL, 2010), e traz como diferencial o

conceito da RAS associado a “integralidade da assistência” e não mais ao conceito mais amplo de “integralidade do cuidado” dessa portaria.

Nesse sentido, de acordo com a Portaria 7.508 de 28 de junho de 2011 (BRASIL, 2011) a RAS é definida como um “conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde” (BRASIL, 2011, p.1).

Dessa forma, com a RAS o Ministério da Saúde busca a concretização dos princípios do SUS por meio da articulação das instituições de saúde, de forma que possibilite a organização dos serviços que oferecem para a prestação de uma assistência integral à saúde.

De acordo com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS, 2011) a Atenção Básica é tida como a estratégia de reordenamento do sistema de saúde e como o centro das comunicações na RAS. Assim, ela é compreendida como um meio para apropriar, recombina e reorganizar todos os recursos do sistema para atender às necessidades da população, o que pressupõe a articulação da Atenção Básica como parte de uma rede de atenção à saúde.

Portanto, a Atenção Básica é coordenadora dos fluxos e contrafluxos de pessoas, produtos e informações, em todos os pontos de atenção à saúde e dos sistemas de apoio. Além disso, a população vai estar incluída na RAS através da sua inscrição nos serviços de Atenção Básica (OPAS, 2011).

Ao adentrarem no sistema de saúde pelos serviços de atenção Básica a população terá acesso aos demais níveis de atenção por meio dos encaminhamentos, ou seja, serão referenciados para outras unidades de atendimentos.

De acordo com Serra e Rodrigues (2010), o sistema de referência e contrarreferência pode se constituir como um dos elementos para a integração das redes de saúde, compreendido como mecanismo de encaminhamento mútuo dos usuários entre os diferentes níveis de complexidade dos serviços.

Para o acompanhamento e tratamento do usuário que buscou o serviço de saúde é imprescindível um sistema de referência e contrarreferência estruturado e funcionante. De acordo com Dias (2012), sua estruturação vai permitir que o fluxo de encaminhamento de usuários aos diversos níveis de atenção seja facilitado.

Os encaminhamentos para especialidades e o agendamento de exames devem ser realizados nas unidades de referência específicas em cada município. Para sua realização é necessário que os trabalhadores de saúde da ESF que irão encaminhar os usuários preencham o encaminhamento próprio da unidade contendo os motivos do encaminhamento.

Para organizar o fluxo e a marcação de consultas e exames muitos municípios possuem uma Central de Regulação, que funciona atendendo os usuários e trabalhadores de saúde para agendamento dos procedimentos solicitados.

Após ser atendido na unidade de referência, segundo Dias (2012), o usuário deverá ser “contrarreferenciado”, isto é, o trabalhador de saúde que o atendeu nesta unidade deverá preencher no encaminhamento próprio as informações necessárias para a continuidade do seu atendimento na USF de origem.

Isso nos leva a compreender que para o bom funcionamento da RAS é necessário que os serviços de Atenção Básica estejam estruturados e seus trabalhadores e usuários tenham conhecimento dessa responsabilidade. No entanto, o funcionamento efetivo das RAS não depende apenas dos trabalhadores e usuários da Atenção Básica, mas incluem manutenção de equipamentos; disponibilidade de materiais e medicamentos necessários para a realização da assistência; instalações físicas adequadas para os serviços de saúde; uma política de valorização dos trabalhadores de saúde; oferta de exames com o quantitativo adequado; oferta de consultas com especialistas de acordo com as necessidades da população, entre outros fatores.

Para a garantia da resolubilidade das ações desenvolvidas na Atenção Básica, segundo Serra e Rodrigues (2010), o nível secundário de atenção tem de assegurar o acesso dos usuários a consultas e exames especializados, indispensáveis para a conclusão de diagnósticos pela Atenção Básica.

Portanto, a resolubilidade do serviço prestado nas instituições da Atenção Básica dependa da oferta de serviços de média e alta densidade tecnológica para a realização do referenciamento pelos trabalhadores de saúde da ESF para que os usuários tenham acesso aos serviços que necessitam. Além disso, é necessário o retorno dos procedimentos realizados no usuário à USF para que a ESF possa dar seguimento ao atendimento na unidade.

Por isso é de extrema importância que para a prestação de um serviço resolutivo e integral nas USF é preciso que haja essa comunicação e organização entre as instituições de saúde. Assim, buscamos identificar como tem ocorrido a relação das ESF com os demais setores assistenciais do município de Camaçari.

Quanto aos encaminhamentos, percebemos, na maioria das vezes, que os usuários quando necessitam de outros serviços, são atendidos sem quaisquer dificuldades. Naquele momento não houve queixas a respeito do agendamento de consultas e exames.

[...] eu não tenho o que reclamar em relação a esse acesso não porque assim nossa unidade de referência é a UBS do Gravatá né, que a gente encaminha ginecologistas [...] tem a policlínica do centro, né, que a gente encaminha pré-natal de alto risco e e as outras especialidades né, agora ta marcando direto nas clínicas, né, a gente solicita uma ultrassonografia e já marca diretamente nas clínicas, isso é recente eu não estou vendo reclamação até então da comunidade porque a comunidade quando não consegue marcar reclama [...] (E.21TS).

Nas falas das entrevistadas 17, 18 e 23 são perceptíveis que os encaminhamentos odontológicos são todos atendidos.

[...] nós agora temos o CEO, né que é o Centro Especializado Odontológico e nós temos essa [...] articulação, né, com o CEO, assim nós é enviamos os pacientes com os documentos [...]E o que nós não podemos fazer aqui, por exemplo, cirurgia é endodontia então a gente manda pra lá. E eles têm trabalhado direitinho. Ta muito bom, quer dizer quando não tinha era difícil porque o pessoal não podia pagar, quem podia a gente encaminhava pra algum, pra algum lugar que fizesse particular, mas agora não agora a gente encaminha e tem os resultados, porque depois o pessoal retorna, é dizendo que fez uma consulta lá, um canal [...] (E.17TS).

[...] A doutora faz o que tem que ser feito aqui e o que não dá pra fazer ela coloca numa ficha de encaminhamento mandando pro CEO [...] quando termina que o tratamento o paciente fez tudo direitinho, aí elas se tiver alguma coisa faltando aqui eles mandam o paciente vim retorno pra cá, pra gente terminar e dá o tratamento como concluído [...] (E.18TS).

[...] o que o posto não vai poder fazer, o que a dentista não vai poder fazer aqui ela referencia aí a gente dá a ficha de referência para o paciente, da parte de odontologia especificamente vai para o CEO [...] (E.23TS).

Percebemos aqui um ponto positivo do sistema de referência e contrarreferência do município de Camaçari, os usuários das USF não tem tido dificuldade de acesso apenas a determinados tipos de exames e especialidades a que são encaminhados.

Ainda em relação aos atendimentos, a E.15TS refere que muitas vezes para encaminhar usuários para outros serviços precisam da intervenção do Centro de Regulação.

[...] às vezes é o paciente do cuidar que tem que ser encaminhado, ou então na UBS, ou então no centro de regulação, que a gente tem que entrar em contato, a gente passa pra enfermeira e a enfermeira articula essa interligação assim de um posto pro outro. Então o encaminhamento também que às vezes tem pacientes que a doutora já encaminha através do documento, um relatório [...] (E.15TS).

Até o primeiro semestre de 2014, segundo a Prefeitura Municipal de Camaçari (CAMAÇARI, 2014c), as consultas e exames que não eram oferecidos nas USF e UBS precisavam ser agendados na própria unidade ou na Central de Regulação do município. Entretanto, ainda segundo a Secretaria Municipal de Saúde, a partir de 16 de junho de 2014, as

marcações passaram a ser feitas diretamente pelos usuários como guia SUS e o documento de identificação, nas instituições que realizam os procedimentos não desenvolvidos nas USF. Além disso, os agendamentos dos serviços de laboratório bem como a coleta das amostras permaneceram nas unidades de saúde.

Para a E.20TS houve uma melhora na marcação dos exames laboratoriais apesar de ainda não estar como gostaria.

Mas exame de laboratório tá bem melhor, a gente tem conseguido, melhorou bastante a nossa parte de laboratório. É algumas coisas que a gente tem conseguido, melhorou um pouco, mais não tá como a gente quer, como eu gostaria que fosse, que estivesse né, que pudesse dar mais um retorno melhor pra o paciente (E.20TS).

De acordo com Serra e Rodrigues (2010, p.3581) a regulação adequada de uma rede de ações e serviços de saúde demanda que “se conte com apoio de sistema de informações voltado para a identificação dos pacientes (como o Cartão SUS); o acesso a prontuários eletrônicos pelos profissionais das diferentes unidades; o controle da disponibilidade de leitos e vagas para consultas e exames; além do monitoramento das ações desenvolvidas”. A falta de um sistema de informação ou o seu mau funcionamento dificulta o encaminhamento dos usuários e, conseqüentemente, o seu acesso aos serviços, bem como interfere na capacidade do gestor de controlar e avaliar o alcance dos objetivos e metas instituídos.

Apesar de falarem sobre a facilidade de se conseguir atendimento nos níveis de maior complexidade, a E.22TS e o E.25TS referiram alguns problemas. Segundo a E.22TS o maior problema para encaminhamentos de usuários tem sido aos serviços de saúde mental, uma vez que os mesmos são poucos no município; enquanto que para o E.25 o principal problema dos encaminhamentos é com o nível terciário de atenção à saúde.

[...] em relação à saúde mental que é o que a gente tá tentando trabalhar que é mais atual eu fiz até um curso Caminhos do Cuidado, assim a gente tem uma grande dificuldade porque aqui só tem o CESME que é atendimento ambulatorial e tem um CAPS que funciona em Vilas de Abranches que é bem distante a nossa realidade, e assim a demanda é muito grande então nós temos muita dificuldade. Agora em termos de outros profissionais tem as policlínicas, acho que a gente consegue dar encaminhamento consegue resolver sim (E.22TS).

Aqui em Camaçari a gente tem um bom relacionamento até o nível secundário, parte do nível terciário, mas realmente em se falando de hospitais, pra gente ter uma resolução dessas cirurgias eletivas a gente ainda tá carente, tenta sempre melhorar, mas existe alguns pontos realmente que a gente depende do município de Salvador, ou outros municípios mais próximos (E.25TS).

Outrossim, a entrevistada 20 assumiu que muitas vezes tem que interferir pra conseguir alguns atendimentos e/ou exames. Na nossa realidade, infelizmente, ainda é necessário utilizar da prática da “amizade” para conseguir determinados procedimentos na saúde, apesar da garantia do direito à saúde pela Constituição Federal.

Quando os usuários tem acesso aos serviços a que foram encaminhados, surge um outro problema: a inexistência da contrarreferência, o que tem dificultado o acompanhamento adequado dos usuários na ESF, pois não há uma resposta das unidades para onde eles foram referenciados sobre os procedimentos realizados, o tratamento indicado e qual a continuidade do atendimento que os trabalhadores de saúde devem oferecer na USF.

No município de Camaçari esta é uma realidade, reforçada pelos trabalhadores de saúde tanto da USFI quanto da USFII.

[...] os pacientes são encaminhados, mais é a essa questão do retorno de saber como é que foi se voltou, se não, infelizmente não tá tendo essa contrarreferência que deveria existir, isso não tá existindo (E.19TS).

Precária . É não existe assim uma articulação muito perfeita não, né, a gente faz um encaminhamento pra atenção secundária que é o nosso caso, até às vezes né hospital também, mas a gente não tem muito retorno, termômetro disso são as fichas de referência, não é? Então as fichas de referência a gente tem muitas, eu tenho eu faço sempre carbonada, agora o que a gente recebe de contrarreferência aí dá uma noção do termômetro de como é essa articulação, né (E.24TS)?

A entrevista 20 afirma ainda que recebe a ficha de contrarreferência de poucos profissionais.

[...]um ou outro profissional que confirme que eu tenho conseguido assim da endocrinologista que eu encaminho [...] aí eu peço uma orientação a endocrinologista né, encaminho e peço que ela me dê uma orientação pra que eu possa continuar o acompanhamento [...] (E.20TS).

Os estudos de Juliani e Ciamponi (1999) e de Serra e Rodrigues (2010) evidenciaram que nos serviços de saúde pesquisados não existiam a contrarreferência ou eram precárias. A partir desses resultados podemos inferir que atualmente o problema de 16 anos atrás ainda permanece nos serviços de saúde, o que nos leva a questionar o porquê disso acontecer uma vez que já foram implementadas políticas de saúde durante esse período para a organização da articulação dos serviços de saúde.

A falta da contrarreferência faz com que o retorno dos atendimentos sejam realizados pelos próprios trabalhador de saúde e/ou usuário que foi encaminhado a outros serviços de saúde.

[...] como a gente tem essa articulação dentro da comunidade, às vezes antes deles retornar aqui a gente já sabe por que a gente vai lá, né, a gente vai lá na casa, e chegando lá a gente já pergunta como foi a aquela recepção lá né que foi encaminhado então é, inclusive a gente já sabe até antes daqui de retornar pra médica. Às vezes ela já pergunta a gente antes dele vim [...] (E.15TS).

[...] a gente não tem retorno né, tem o retorno do próprio paciente que vem e fala, mas às vezes eles num [...] não sabem dizer né o que é que passou, o que é que o médico falou (E.20TS).

É tanto que eu conversei com a nossa apoiadora que é, pra encaminharmos um paciente pra a UBS do Gravatá eles exigem a referência o que é o correto, e eu conversei com a apoiadora na sexta-feira é solicitando isso que haja contrarreferência porque às vezes o paciente volta e volta sem saber, né, falando no entender dele o que é que, que problema de saúde é que ele tem, né, então assim a gente precisa de uma resposta mais técnica, até pra anexar ao prontuário pra desenvolver né o trabalho é do cuidado desse paciente (E.21TS).

A falta de contrarreferência também foi encontrada na pesquisa de Papoula (2006) deixando, claramente, que os usuários eram os responsáveis por levarem alguma informação à Unidade de origem.

Entretanto, segundo as trabalhadoras de saúde E.20 e E.21 muitas vezes os usuários não conseguem relatar o que aconteceu no outro serviço de saúde e qual foram as orientações do trabalhador de saúde que o atendeu, inclusive devido o uso de uma linguagem técnica, o que vem a dificultar a compreensão do processo saúde doença pelos usuários.

Além disso, assim como é exigido o formulário ou documento de encaminhamento dos usuários para que sejam atendidos nos serviços para os quais foram referenciados, é necessário que também haja um maior controle sobre as fichas de contrarreferência para que elas possam ser feitas.

Divergindo das falas anteriores, sobre a não dificuldade de encaminhamentos, para as entrevistadas 19, 20 e 24 a rede não tem funcionado como deveria.

[...] a rede não ta funcionando como deveria funcionar, porque o paciente é mandado pra um [...] uma referência e não existe uma contrarreferência, não tem uma ligação que deveria existir, que se existisse a coisas funcionariam melhor [...] (E.19TS).

[...] a rede é meio complicada às vezes de exames, exames complementares, de especialidades, há um déficit grande, e então não atende bem as nossas necessidades, melhorou agora nesse segundo semestre, no início do ano foi terrível [...] (E.20TS).

Existe uma precariedade dessa relação dentro da rede (E.24TS).

Essas trabalhadoras de saúde percebem que há uma deficiência na organização da RAS do município que prejudica o seu adequado funcionamento. A falta da

contrarreferência impede que os trabalhadores de saúde das USF conduzam o tratamento dos usuários, ou seja, impossibilita a continuidade da assistência prestada nas unidades de referência e, conseqüentemente, dificulta a integralidade da atenção e a resolubilidade da produção do cuidado.

Por conseguinte, entendemos que para a estruturação da RAS é necessário que os trabalhadores de saúde conheçam as suas especificidades e, em especial os trabalhadores da ESF entendam a amplitude do trabalho que desenvolvem para a melhoria da qualidade de vida das pessoas a que assistem.

Daí concordamos com a Organização Pan-Americana de Saúde (2011) que para a implementação das RAS e de modelos inovadores de atenção à saúde é essencial o desenvolvimento da Educação Permanente para os trabalhadores de saúde a partir do desenvolvimento de práticas educativas para os trabalhadores de saúde da ESF orientadas pela EPS com vistas à problematização da sua realidade, com a identificação das necessidades que precisam ser enfrentadas e o planejamento das ações para solucioná-las. Todavia, complementamos que os órgãos de formação deverão ter o comprometimento e a responsabilidade em fortalecer os cursos de graduação e pós-graduação no sentido de atender as necessidades demandadas pelos usuários nos serviços de saúde.

3.2 COMPREENSÃO DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: ambivalências e contradições

O trabalho desenvolvido pelos trabalhadores de saúde que atuam na ESF é de extrema importância para a prestação do cuidado à população. Portanto, é imprescindível a adoção de estratégias condizentes e organizadas no processo de ensino-aprendizagem desses profissionais, orientadas pela EPS, para que possam contribuir no redirecionamento do seu trabalho.

Segundo Ceccim (2005a), a EPS coloca o cotidiano do trabalho dos serviços de saúde em análise, que, sendo influenciado pelas relações que atuam em situações reais, permite a criação de espaços coletivos para a reflexão e avaliação das ações desenvolvidas no dia-a-dia.

Deste modo, a novidade da EPS para os trabalhadores da saúde, segundo Lopes e outros (2007), reside na ideia de que a construção do saber é coletiva e faz sentido para um grupo social. Os atores sociais são desafiados, assim, a assumirem uma postura de mudança

de suas práticas em ação na rede de serviços por meio da reflexão crítica e do trabalho em equipe.

Todavia, entendemos que a possibilidade de construção coletiva do saber deverá reconhecer os trabalhadores de saúde como detentores de conhecimento, que possuem necessidades a serem consideradas no seu processo de aprendizagem. Daí acreditamos que aEPS poderá permitir que os trabalhadores de saúde atuem de forma segura e eficaz e ofereçam uma assistência resolutiva à população.

Porém, de acordo com Silva, Ogata e Machado (2007, p.400), as mudanças de concepções e práticas de saúde estão diretamente relacionadas ao rompimento com a “[...] alienação do trabalho, do resgate da possibilidade de construir conhecimento a partir das práticas e da democratização da gestão e dos processos de trabalho.”.

No entanto, as autoras reforçam que é necessária uma política de valorização do profissional de saúde, em que a aprendizagem aconteça a partir de uma ação motivada e da sistematização de uma situação problema, da qual ele pode se distanciar para analisar criticamente.

Temos clareza que a implementação da EPS nas práticas educativas para os trabalhadores de saúde da ESF depende da compreensão e apreensão deles e dos gestores das suas propostas, e do reconhecimento da sua importância para o desenvolvimento de ações qualificadas, e, conseqüentemente, para o fortalecimento da Atenção Básica.

Assim, para entendermos como tem se processado as práticas da EPS em busca da resolubilidade da produção do cuidado em saúde para a ESF no município de Camaçari, trazemos a compreensão de EPS dos trabalhadores de saúde da ESF e dos gestores da Atenção Básica e da Coordenação de Educação Permanente em Saúde.

Por conseguinte, apresentamos as falas convergentes, divergentes e complementares explicitadas pelos participantes do estudo. Inicialmente apresentaremos as compreensões de EPS e, posteriormente, como tem sido desenvolvida as atividades de EPS.

A compreensão sobre aEPS pela maioria dos trabalhadores de saúde entrevistados é associada à capacitação e atualização dos conhecimentos, evidenciada nas falas a seguir:

É você estar sempre se **atualizando** né, se **capacitando** porque hoje a cada momento tá se tendo algumas modificações, coisas novas né, muda-se [...] algumas normas né, norma até de condutas [...] (E.20TS).

[...] educação permanente pra mim é sempre nos tá nos **capacitando**, sempre tá buscando algo novo, sempre tá se **atualizando**, porque na área de saúde tá em constante mudança não tem, sempre tem novos estudos, novos medicamentos e pra mim é isso (E.22TS).

[...] essas coisas assim pra gente ta se **capacitando**, internamente a gente tenta fazer um pouquinho assim pra, um a equipe mesmo tentar um ta capacitando os uns aos outros [...] (E.23TS).

Além dos trabalhadores de saúde, alguns dos gestores também comungam desta compreensão:

[...] pra mim a educação permanente é um processo realmente de ta é, não digo **capacitando** né, mais **treinando** os profissionais [...] (E.10).

[...] é uma coisa que você sempre tem que ta também se **aperfeiçoando**, né, sempre surge coisas novas [...] Então assim você tem que ta sempre **atualizando** pra por isso que eu acho que eu vejo como permanente (E.12G).

O treinamento, de acordo com Chiavaneto (2010), é um processo de aprendizagem orientado para o presente, que busca desenvolver habilidades nas pessoas para que elas se tornem mais produtivas, criativas e inovadoras, e possam dar uma maior contribuição aos objetivos da organização.

A capacitação, por sua vez, segundo Davini (2009, p.39) se constitui em ações planejadas e intencionais que tem como objetivo “fortalecer conhecimentos, habilidades, atitudes e práticas”. Segundo a autora, a capacitação se caracteriza pela utilização de métodos e técnicas pedagógicas, sem compreender seu enfoque e a estratégia do contexto em que está sendo utilizada. Além disso, a capacitação encara os processos educativos como um meio para o alcance de um objetivo pontual; acredita também na obtenção de grandes efeitos na realização de uma atividade educativa de curta duração, e não fortalece a permanência das atividades educativas no decorrer do tempo, pois, utiliza programas e projetos que possuem lógica de começo e fim.

Apesar de a capacitação ter como finalidade a melhoria da qualidade da assistência prestada pelos profissionais, Davini (2009) afirma que nem todas as atividades educativas fazem parte de uma estratégia para transformar as práticas de trabalho, o que é uma das orientações para os processos da EPS. Entretanto, as atividades específicas de capacitação podem ser utilizadas como uma estratégia da EPS desde que estejam articuladas com a estratégia de mudança das práticas de trabalho das instituições.

Dessa forma, percebemos que existem treinamentos e capacitações com formas pontuais de promover a aprendizagem dos trabalhadores de saúde, e que eles, muitas vezes, acontecem desarticulados das necessidades dos serviços, dos trabalhadores e da população assistida, ao contrário da EPS que propõe que as atividades educativas sejam produzidas de

acordo com as necessidades de aprendizagem dos trabalhadores de saúde e com a realidade do seu trabalho.

Portanto, as concepções aqui colocadas pelos entrevistados apresentam uma percepção tradicional que se aproxima da educação continuada, a qual é concebida em demandas pontuais para atualização técnico-científica.

Nessa direção, segundo Lima e outros (2012), apesar da complexidade do trabalho em saúde, por ele acontecer no ato, dar-se-á no ato de conversão da teoria à prática sobre as subjetividades que perpassam o ser humano, ou seja, a EPS não se resume a aprimorar habilidades técnicas, mas de usá-las, considerando as demandas na saúde enquanto direito social e humano, o que corresponderia à integralidade.

Diante desta perspectiva, a fala da E.13G ao referir que a EPS é “a formação permanente do profissional de saúde após a seu mundo fora da academia [...]” também se aproxima da concepção de educação continuada, uma vez que se caracteriza por ser direcionada aos trabalhadores de saúde após sua formação acadêmica ou técnica, enquanto que a proposta da EPS é que esta aconteça também durante a formação dos profissionais.

No estudo de Araujo (2012b) as concepções dos participantes do estudo, gestores e dirigentes da Atenção Básica, também associaram a EPS à atualização, à capacitação e ao treinamento.

Apesar disso, os entrevistados fizeram referência para a necessidade de estarem em constante processo de aprendizagem pelo fato de na saúde sempre haver novos conhecimentos a serem apreendidos e colocados em prática. Para Ceccim (2005a, p.163), isso dificulta a atualização permanente dos trabalhadores de saúde, mas, para tanto é necessário o desenvolvimento de recursos de intervenção do trabalho permeados “[...] pela noção de aprender a aprender, de trabalhar em equipe, de construir cotidianos eles mesmos como objeto de aprendizagem individual, coletiva e institucional.”.

As falas a seguir também refletem essa necessidade de estar obtendo novos conhecimentos.

[...]a gente tem que ta renovando, você conhecendo, conhecendo coisas novas [...] (E.15TS).

[...] então a gente tem que ta lançando mão dessa situação pra que as pessoas façam sempre o olhar crítico e tragam sempre um fato novo pra nossa realidade, não fica acostumado o mesmo, a mesmice, o marasmo, essa rotina né, esse dia a dia que tenta consumir a gente (E.25TS).

O E.25TS refere ainda que um ‘novo’ conhecimento é importante, justamente para que as pessoas não fiquem todo o tempo desenvolvendo as mesmas ações. Outrossim, a E.24TS complementa tal afirmação ao falar que as ações de EPS são motivadoras para o desenvolvimento do trabalho.

Fundamental [EPS]. Precisamos estar é renovando, atualizando nossos conhecimentos e é uma forma também altamente motivadora né pra gente desenvolver o trabalho (E.24TS).

Percebemos, portanto, que a obtenção de outros conhecimentos a partir da EPS é motivacional para o desenvolvimento do trabalho, e que a EPS permite essa motivação a provocar uma ruptura com a rotina, com as práticas impregnadas no dia a dia dos trabalhadores e que são realizadas mecanicamente.

Os trechos das entrevistas a seguir evidenciam que a EPS “ta sempre orientando os pacientes”, associando-a, portanto, à concepção de educação em saúde.

[...] a gente dá uma palestra aqui na sala de espera [...] (E.15TS)

Então isso aí é uma educação permanente, ta sempre orientando os pacientes (E.16TS).

A educação em saúde

[...] é um processo sistemático, contínuo e permanente que objetiva a formação e o desenvolvimento da consciência crítica do cidadão, estimulando a busca de soluções coletivas para os problemas vivenciados e a sua ‘participação real’ no exercício do controle social (BRASIL, 2007b, p. 21).

Para Machado e Vieira (2009), as ações de educação em saúde requerem a participação do usuário na mobilização, capacitação e desenvolvimento de aprendizagem, de habilidades individuais e sociais para lidar com os processos de saúde doença.

Assim, entendemos que a educação em saúde está vinculada ao processo educativo para os usuários dos serviços de saúde enquanto a EPS está direcionada para a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores de saúde.

Diferentemente dos demais trabalhadores de saúde a E.17 tem uma fala sobre o contato prévio com a Educação Permanente em Saúde, como evidenciado no trecho a seguir.

Bem, acho que pelo nome né educação permanente é uma coisa que deve ser seguida da infância [...] (E.17TS).

A compreensão da EPSna visão de alguns dos gestores diz respeito à Coordenação de Educação Permanente ao invés de concebê-la.

Bom a Educação Permanente em Saúde a gente trabalha naquele setor que era um setor voltado pra parte de eventos da saúde aí com a nova política de Educação Permanente a gente passamos a diretamente com todos os núcleos seja coordenação, seja direção [...] (E.4G).

[...] a educação permanente é um setor que trabalha com é treinamentos, o que eu entendo, trabalha com treinamento passando as informações, visita as unidades, é fazendo cursos preparatórios (E.5G).

Tal fala evidencia um fato também presente em outros municípios: a associação da EPS a um setor, que é responsável apenas pela organização das atividades educativas e disponibilização de materiais. Vemos então que a EPS precisa ser apresentada e discutida para e com os trabalhadores de saúde e gestores, no intuito de possibilitar sua compreensão.

Entretanto, alguns participantes deste estudo tem uma concepção da EPS coerente com a da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2004, p.6), traduzida como “aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho”, aqui exemplificada na fala do gestor.

[...] educação permanente como formação em serviço né, como formação em serviço para é pra gente detectar o que é né que há de lacunas, de necessidades, de é de formação[...] a educação permanente é isso, né, **é a gente ta trabalhando sempre as pessoas pra que elas possam exercer o seu papel** [...] (E.14G).

Nesta fala a EPS deve fazer parte do dia adia dos serviços de saúde; e o aprender e o ensinar devem estar incorporados ao trabalho. Portanto, a demanda dos serviços de saúde e da população atendida é que vai determinar quando devem ser realizadas as atividades educativas para os trabalhadores de saúde.

Por conseguinte, de acordo com Ricaldoni e Sena (2006), a educação permanente deve constituir parte do pensar e fazer dos trabalhadores com a finalidade de propiciar o crescimento pessoal e profissional dos mesmos e contribuir para a organização do processo de trabalho, com etapas que possam problematizar a realidade e produzir mudanças.

O gestor E.8 ressaltou que a EPS pode acontecer tanto no ambiente de trabalho quanto fora dele.

Ele pode ser no durante o próprio processo de trabalho, pode ser através de cursos, né, individuais e específicos pra determinada área, é o processo de capacitação contínua do profissional (E.8G).

Apesar disso, o E.1G fala que a EPS é diferente de fazer cursos, e refere ainda que a EPS é realizada quando o trabalhador de saúde começa a trabalhar no serviço de saúde.

[...] porque a educação permanente é diferente [...] de fazer cursos, não é fazer cursos inúmeros [...] no momento em que o profissional entra no local de trabalho ele está se capacitando para que ele possa atuar profissionalmente de uma melhor forma [...] (E.1G).

Aqui percebemos que tanto o E.1G quanto o E.8G associam EPS à realização de cursos. Geralmente, a metodologia utilizada nos cursos estão relacionadas à educação continuada, além disso, na maioria das vezes, são caracterizadas como uma atividade pontual que é direcionada para uma categoria profissional. Porém, a EPS deve orientar a realização de atividades educativas no próprio processo de trabalho, também referido por ambos entrevistados. Outrossim, temos clareza, que tais cursos poderão ser uma atividade prática de EPS, considerando-se a metodologia utilizada.

A EPS deve acontecer sempre no cotidiano do trabalho, de acordo com a demanda do serviço de saúde, dos usuários, e dos trabalhadores. O que importa na EPS não é a realização de várias atividades pontuais descontextualizadas da prática dos trabalhadores de saúde, mas, pelo contrário, que sejam realizadas atividades que tratem desta realidade, o que converge com a afirmativa anterior da E.1G que a EPS “é diferente de fazer cursos; não é fazer cursos inúmeros”.

Contudo, alguns participantes do estudo, tanto gestores como trabalhadores de saúde, compreendem a EPS como um processo que deve acontecer contínuo e permanentemente; não deve ser um processo pontual.

[...] é **um processo que ele acontece no cotidiano**, junto com as pessoas que estão inseridas nesse processo é de desenvolver atividades de saúde [...] (E6G).

Um processo contínuo, que é visa qualificar os profissionais, né, de saúde. Um processo de trabalho [...] não pode ser pontual tem que ser uma constante, tem que ser um processo realmente assim, o tempo todo cíclico [...] (E11G).

[...] é uma coisa assim que é **pra ta sempre sendo praticado**, né, sempre, **não é uma coisa de vez em quando** [...] (E18TS).

Educação permanente eu acho que **deveria ser uma educação contínua**, deveria ser **um programa educacional contínuo**, sempre ter algum assunto a ser discutido, né, ter sempre algo a ensinar [...] (E19TS).

Tais entrevistados associam a EPS à continuidade de atividades educativas realizadas em determinado período de tempo, em que a frequência da realização das atividades educativas é a principal característica definidora da EPS. Um entendimento também encontrado na pesquisa de Araujo (2012b).

AE.8G complementa ainda que essas atividades devem ocorrer o tempo todo dentro do processo de trabalho, através de discussões do processo de trabalho.

Educação permanente **é você ta a todo momento**, dentro do processo de trabalho do trabalhador, **o profissional educando ele pra suas atividades** do processo de trabalho, as discussões do processo de trabalho (E8G).

Assim, esta fala reforça que a EPS é aprendizado no trabalho, ou seja, o aprendizado deve ocorrer dentro do processo de trabalho, com as atividades educativas baseadas na realidade vivenciada.

Segundo Silva, Ogata e Machado (2007), a proposta da EPS é que as mudanças da prática ocorram orientadas pelas reflexões críticas realizadas em espaços coletivos a partir da discussão e da problematização da realidade de trabalho, e os temas identificados devem ser abordados nas capacitações.

A partir dessa prática entendemos que a EPS permite que os trabalhadores de saúde adquiram a capacidade de lidar com as situações que ocorrem no seu dia a dia na USF e na sua área de abrangência, o que possibilita o desenvolvimento de ações mais adequadas para cada situação vivida.

A EPS é concebida pelos gestores como um processo de reflexão das práticas com vistas à sua transformação, como vemos a seguir:

É o processo de reflexão, né, do próprio trabalho com vistas a mudanças nos processos de trabalho (E.2G).

[...] é um processo realmente de se refletir sobre as práticas e de propor transformação nessas práticas (E.6G).

De acordo com Silva, Ogata e Machado (2007), as atividades educativas são capazes de transformar a prática profissional por meio do desenvolvimento das habilidades adquiridas que podem ser utilizadas e com o compartilhamento desses conhecimentos com a equipe.

Assim, as falas das entrevistadas estão alinhadas de forma positiva ao entendimento de que a EPS tem como principal foco a transformação das práticas

profissionais e da própria organização do trabalho, a partir da reflexão da realidade de trabalho.

A reflexão sobre a prática, segundo Stahlschmidt (2012), pode contribuir com a assistência integral do 'paciente', possibilitar a interlocução entre os diversos trabalhadores envolvidos na atenção a esse sujeito, e permitir a socialização das experiências vivenciadas para o enfrentamento aos desafios impostos pela realidade dos serviços de saúde.

Além disso, segundo Vicent (2007), a EPS permite que haja a formação de um ciclo em que o conhecimento é construído no e pelo processo de trabalho, o que pode levar a uma modificação das práticas e das necessidades de atuação do trabalhador, e, conseqüentemente, deverá haver uma reconstrução do conhecimento.

Compreendemos, assim, que a reflexão das práticas é fundamental para que haja as transformações, pois possibilitarão, possivelmente, a identificação das falhas e a perspectiva para o planejamento de ações para superá-las.

O objeto de transformação da EPS, de acordo com Ribeiro e Mota (1996), é o processo de trabalho, tendo como objetivo melhorar a qualidade dos serviços e atender a equidade no cuidado e o acesso aos serviços de saúde. A EPS propõe também uma reflexão sobre o que está acontecendo no serviço e o que precisa ser mudado.

Entretanto, segundo os referidos autores, para que haja sucesso na EPS, é necessário além dos processos educativos outras intervenções complementares para a transformação das práticas, uma vez que o processo de trabalho envolve as dimensões organizacional, técnica e humana. Além disso, ressaltam que para que ocorra a aprendizagem é preciso que os sujeitos envolvidos no processo reconheçam o problema a ser transformado e se reconheçam nele.

Porém, segundo Ceccim (2005a), essa transformação só ocorre quando a reflexão da prática permite o contato com o desconforto, ou seja, com o problema, e a partir disso as pessoas se disponibilizam para desenvolver alternativas teóricas e práticas para encarar o desafio de produzir transformação.

Isto evidencia que para que de fato ocorra à transformação da prática é necessário não só a reflexão da prática, mas, sobretudo, que os atores envolvidos no processo se disponibilizem e se comprometam a desenvolver ações para que ela ocorra.

O SUS orienta a utilização da Atenção Básica como porta de entrada para os serviços de saúde, pretendendo, dessa forma, fazer com que os agravos à saúde sejam prevenidos e haja uma diminuição do uso de serviços de maior densidade tecnológica e, conseqüentemente, uma melhor qualidade de vida da população. A EPS pode contribuir

diretamente para a mudança da perspectiva da utilização dos serviços de saúde tanto dos profissionais como dos usuários do serviço ao estimular, discutir e problematizar as necessidades de saúde da população.

Assim, a EPS se constitui numa estratégia para o fortalecimento do SUS à medida que pode contribuir com as mudanças da prática de trabalho para uma assistência à saúde qualificada e, conseqüentemente para a oferta de serviços de saúde mais organizados e eficientes.

De acordo com Araujo (2012a, p. 12),

[...] a implantação do SUS e a concretização dos seus princípios e diretrizes, com a garantia do acesso da população às ações de promoção, prevenção de doenças e recuperação da saúde, requer a formação e implementação de **práticas educativas** que possam contribuir para o desenvolvimento dos profissionais que estão inseridos nos vários níveis do sistema de saúde[destaque da pesquisadora].

A partir de tal perspectiva, os processos educativos devem acontecer de acordo com a problematização da realidade de trabalho de cada serviço de saúde, reforçada nas falas de gestores, a seguir.

[...] um espaço né aberto dentro da saúde para construir é conhecimento a partir do histórico de cada território, de cada vivência, né, o que é que a gente faz, a gente pega pessoas dos territórios e traz eles pra esse espaço pra discutir quais são as problemáticas deles e aí construir é soluções para aqueles problemas daquela daqueles setores, né, de acordo com a problematização de cada lugar (E3G).

[...] educação permanente é basicamente ela é problematizar os seus processos de trabalho né, então o seu processo de aprendizagem é relacionando isso ao seu processo de trabalho, a partir da dos seus processos, da sua vivência né a partir disso a gente é desencadeia né todo um processo de educação permanente (E26G).

Segundo Costa e outros (2010), a problematização da realidade de trabalho permite que as ações de ensino-aprendizagem se baseiem em situações existentes, isso dá a oportunidade da realização de uma prática reflexiva e não apenas mecanizada pela obrigação do fazer, ou seja, oportuniza o desenvolvimento de uma prática intercedida pela habilidade de refletir e pela necessidade de mudar a partir dos processos de trabalho e do objetivo dos seus atores.

As colocações dos gestores E.3 e E.26 estão de acordo com a EPS, uma vez que [a EPS] considera que os processos educativos devem ser produzidos a partir da análise crítica dos problemas identificados a partir da realidade de trabalho dos serviços de saúde.

Segundo Pagani e Andrade (2012) e Paulino e outros (2012), uma das contribuições da EPS na prática de trabalho da ESF está relacionada com a possibilidade de identificar as falhas para sua resolução através da problematização.

Assim, ao orientar a utilização da metodologia da problematização, para o E.9Ga EPS permite também a troca de experiência entre os trabalhadores de saúde.

[...] então eu acho que a educação permanente é justamente é uma troca; a gente traz aquele tema e a gente com aqueles outros participantes vai contribuir dentro do da vivência que a já tem; então eu acho que a questão da educação permanente é essa troca, o que eu não sei a pessoa pode trazer, o que a pessoa não tem eu posso levar (E.9G).

A fala da E.13G vem reforçar a EPS na fala da E.9G, ao considerar um avanço a troca de experiência, a vivência do profissional junto com o outro.

Eu acho que o avanço é mesmo a troca de experiência, né, o profissional tá junto de outros, tá falando das experiências que desenvolve, eu acho que isso é um grande avanço, a troca de experiência (E.13G).

Para Farah e Pierantoni (2003), a metodologia da problematização permite que o conhecimento seja construído entre o educador e o educando, havendo troca e não imposição de conhecimentos. O educando passa a participar ativamente do seu processo de aprendizagem, e o educador se constitui como um norteador desse processo.

Assim, a EPS considera que os processos educativos devem ser produzidos a partir da análise crítica dos problemas identificados na realidade de trabalho dos serviços de saúde e de forma participativa em que todos estejam ativamente envolvidos no processo de ensino-aprendizagem.

Quanto à finalidade da EPS segundo os trabalhadores de saúde trata-se de não deixá-los se acostumar com o cotidiano, pois, ao se prender a rotina, muitas vezes, acaba-se não buscando novos conhecimentos, que é a sua principal ferramenta de trabalho.

[...] pra gente não relaxar e ficar esquecido porque é a nossa ferramenta no dia a dia [...] (E.15TS).

[...] parte da [...] ações de educação permanente visa isso aí, é combater a esse o marasmo, a pessoa ficar viciada no dia a dia [...] (E.25TS).

A fala de um dos gestores também converge com tais falas complementando que a EPS influencia a quebra de rotinas.

[...] a educação permanente vem com esse propósito, tirar daquela rotina, tirar da mesmice [...] (E7G).

Outrossim, para a E.24G, a EPS visa atualizar os conhecimentos e motivar os trabalhadores.

[...] seria uma atualização né a própria atualização dos nossos conhecimentos, e em segundo lugar motivação, motivacional mesmo (Ent.24TS).

Percebemos com estas falas que a EPS pode funcionar como uma “mola propulsora” da aprendizagem uma vez que faz com que as pessoas não se sintam satisfeitas apenas com as ações corriqueiras, e se movam em busca de novos conhecimentos, de novas possibilidades para desenvolver o seu trabalho.

Para uma entrevistada, o objetivo da EPS é capacitar o trabalhador de saúde, fazer com que ele sempre busque conhecimentos.

Na minha opinião é manter o profissional, assim, faz parte de ta capacitado porque ele está sempre se atualizando, e é isso, sempre tata buscando, como é que fala, conhecimento (E.22TS).

Em convergência com esta afirmação alguns gestores complementam que o objetivo é capacitar os profissionais de saúde para que eles desenvolvam melhor o seu trabalho.

Capacitar cada um, pra que possa atuar de forma é positiva nas suas funções. É pra que desempenhe adequadamente suas funções (E.1G).

[...] pra os profissionais ter mais conhecimento dentro do que faz (E5G).

[...] visa qualificar os profissionais [...] (E.11G).

Segundo Silva, Ogata e Machado (2007), o objetivo das atividades educativas é justamente o aprimoramento profissional para a consequente melhoria da resolubilidade dos serviços.

Assim, o conhecimento deverá possibilitar uma melhor atuação profissional, e a consequente qualificação do trabalhador, que leva ao seu crescimento profissional. Mediante tal perspectiva, alguns trabalhadores destacam que o crescimento profissional é o objetivo da EPS, exemplificado na fala a seguir.

É o nosso crescimento profissional, a gente entender melhor o nosso trabalho, o dia a dia, e cada vez mesmo, cada vez mais fazer um trabalho melhor, executar o nosso serviço melhor e aprender coisas novas (E.23TS).

No entanto, é importante que o conhecimento não fique restrito apenas a um trabalhador da equipe de Saúde da Família, pois todos os trabalhadores de saúde devem atuar juntos na equipe de forma multidisciplinar, e, portanto, precisam dialogar, discutir e refletir sobre a sua realidade, para tanto é necessário que eles disponham de conhecimentos comuns.

[...] a gente tenta pelo menos dentro do da equipe fazer com que todos tenham uma visão mais ampla, que todos consigam falar a mesma linguagem [...] (E.9G).

Porém, segundo Lima e outros (2012, p.182) a EPS não corresponde apenas à capacitação ou atualização, é preciso cumplicidade entre seus atores e criticidade acerca da sua repercussão, na perspectiva da devolução para a sociedade de trabalhadores de saúde competentes pra realizar o cuidado. Dessa forma, destacam que “O conhecimento deve ser democrático e por isso deve estar imbricado nas questões que envolvem a saúde.”.

Por sua vez, na visão de alguns gestores, a EPS tem por finalidade “ser capacitado e também repassar para os outros”, fazer com que as pessoas reproduzam o que foi discutido.

[...] é você ter o respaldo de ser capacitado e também repassar para os outros (E.1G).

[...] você vai ta ajudando pra que aquele outro reproduza também lá na frente(E.12G).

A ideia da E.1G nos remete a troca de experiência que já foi trazida pela E.9G “[...]oque eu não sei a pessoa pode trazer, o que a pessoa não tem eu posso levar.”. Porém, a E.12Gtem uma fala diferenciadaaproposta da EPSao referir queensinar não quer dizer que o outro aprenda e reproduza tais conhecimentos. Outrossim, diante das especificidades dos serviços de saúde dos trabalhadores executados aos usuários, é necessário que eles [os trabalhadores de saúde, além dessa aprendizagem,atraduzam para a realidade da comunidade a ser trabalhada. Porém, isso não quer dizer que a teoria e a prática sejam desvalorizadas e minimizadas, mas sim que tais ações respondam aos anseios, cultura, crenças e valores da população. Portanto, deverão ser planejadas e desenvolvidas de acordo com a realidade em que vão ser colocadas em prática.

Dessa forma, busca-se a adequação das ações às necessidades do serviço, dos trabalhadores e, principalmente, dos usuários, com a finalidade de proporcionar ações resolutivas, integrais e humanizadas.

Para um dos trabalhadores de saúde, E.21, o objetivo da EPS é “dá uma assistência de melhor qualidade a comunidade”.

O objetivo é sempre dá uma assistência de melhor qualidade a comunidade né [...] aos nossos usuários, ta sempre informado, sempre atualizado pra dá uma assistência mais, mais técnica, mais atualizado (E.21TS).

Sem divergirem desse trabalhador, alguns gestores complementaram em suas falas os objetivos da EPS a partir de ações voltadas à reflexão do processo de trabalho com proposição de mudanças do processo de trabalho, “pra melhorar a qualidade de atenção”, com o objetivo de “qualificar o processo de trabalho... dinâmico e efetivo...”.

Então a gente desenvolve ações educacionais com vistas a refletir o processo de trabalho e a propor mudanças nesse processo de trabalho pra melhorar a qualidade da atenção [...] (E.2G).

[...]tentar visualizar como é que ta os problemas pra ver se a gente pode intervir pra melhorar essa prática pra melhorar também a assistência com o aos pacientes (E.4G).

Qualificar o processo de trabalho, né, o objetivo final é qualificar o processo de trabalho, ter, mantendo atualizado e com o processo de trabalho cada vez mais dinâmico e efetivo pra ação que é final que é o atendimento o ao paciente (E.8G).

[...]o primeiro seria problematizar né as práticas pra que a gente esteja sempre num processo de melhoria contínua, né das nossas práticas, nossa visão, né das nossas é como a gente lidar com o usuário [...] (E.26G).

Tais afirmações estão consonantes com a PNEPS (BRASIL, 2004), cujo objetivo da EPS é transformar as práticas profissionais e a organização do trabalho a partir da problematização da realidade do trabalho.

Além disso, a E.3Galém de reforçar essas ideias também afirma que um dos objetivos da EPS é melhorar também as relações de trabalho, além das habilidades técnicas e da assistência ao usuário.

[...] é pra melhorar as relações do trabalho, melhorar a assistência à saúde com o usuário, né, da saúde, na parte técnica, na parte também das relações, e **a melhoria mesmo das relações tanto de trabalho** como das habilidades técnicas (E.3G).

Por conseguinte, acreditamos que a EPS, além de trabalhar, com o método pedagógico da problematização, poderá promover mudanças nos processos de trabalho uma vez que os trabalhadores de saúde deverão prestar uma assistência coerente com as necessidades dos usuários. Ideia também defendida por Costa e outros (2010) a reforçarem que o principal objetivo das atividades educativas é atender as necessidades de todos: trabalhadores e usuários.

A esse respeito a fala da E.7 também é convergente com tais ideias pois com a EPS “[...]a gente consegue, dá um tratamento continuado pra esse usuário, pra esses profissionais [...]”.

Enfim, a EPS pode ser entendida como uma ação para a formação permanente do trabalhador de saúde, que, conseqüentemente deverá oportunizar a qualificação da assistência à saúde prestada a população.

No município de Camaçari/BA, nos documentos PAS 2014-15 (Doc.3) e PMS 2014-2017 (Doc.4) uma das propostas dos gestores do Município é assegurar a Política de Educação Permanente, promovendo a qualificação técnica e científica dos profissionais com base nas necessidades dos serviços.

Diante disso questionamos: como tem acontecido a EPS para os trabalhadores de saúde da ESF? A EPS realmente tem acontecido? Quem são os responsáveis pelo desenvolvimento dessas ações?

Neste estudo identificamos duas realidades: a primeira, atividades educativas que são promovidas por setores da Secretaria Municipal de Saúde - Diretoria da Atenção Básica, Coordenação de Educação Permanente em Saúde (CEPS), entre outros; e, as atividades educativas desenvolvidas pela própria equipe da Estratégia de Saúde da Família.

No sentido de uma sistematização com uma maior clareza apresentaremos inicialmente as atividades educativas desenvolvidas pela Diretoria da Atenção Básica e pela Coordenação de Educação Permanente em Saúde, e posteriormente as que são realizadas pela própria equipe de Saúde da Família.

3.3 PRÁTICA DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: planejamento, organização e execução para a produção do cuidado em saúde

Percebemos, no decorrer deste estudo que a prática da EPS para os trabalhadores de saúde da ESF no município de Camaçari está sob a responsabilidade da Diretoria da Atenção Básica, da Coordenação de Educação Permanente em Saúde e das Equipes de Saúde

da Família. Assim, inicialmente discutiremos como tem sido realizada a EPS pela DAB e CEPS e posteriormente como a mesma tem sido desenvolvida pela própria Equipe de Saúde da Família.

A Diretoria da Atenção Básica - objetiva implementar ações educativas e acompanhar o desenvolvimento da assistência à saúde—tem sua equipe organizada em apoio institucional e áreas técnicas. Segundo a entrevistada 6 tanto o apoio institucional quanto as áreas técnicas são facilitadores da EPS:

Então na Atenção Básica a gente tem um organograma que permite a gente trabalhar de duas formas: a gente trabalha por território, e trabalha por temática. Então a gente utiliza a dinâmica de trabalhar cada território onde as USF e as unidades básicas tradicionais estão inseridas através de um **apoiador institucional que eles se identificam como um facilitador de educação** nesse dado local; e a gente trabalha com **áreas técnicas que são profissionais que vão poder também ser facilitadores em temáticas específicas** [...] (E.6G).

Contudo, essa entrevistada explicita que o que vai designar quem vai realizar a atividade é o tema que será abordado.

[...] depende da temática do [...] processo de educação. É, normalmente, de uma forma geral, quando a temática tá relacionada ao processo de trabalho da equipe é os responsáveis desde a organização até a execução são os apoiadores institucionais. Quando a temática está muito relacionada ao cuidado tá mais ligado a área técnica [...] (E.6G).

A partir das entrevistas e das observações da prática do DAB a função das áreas técnicas é supervisionar e coordenar o desenvolvimento das ações de saúde de acordo com a sua área específica. Cada representante da área técnica deverá analisar e avaliar as ações desenvolvidas e os resultados alcançados para traçar outras ações de saúde. Além disso, deve desenvolver atividades educativas para os trabalhadores de todos os serviços da Atenção Básica quando forem solicitados ou quando identificarem a necessidade de fazê-lo.

Por sua vez, segundo Faleiro e outros (2014), o objetivo do Apoio Institucional geralmente está relacionado com a transformação dos processos de trabalho e das relações entre os sujeitos. Dessa forma, as experiências apresentadas pelos autores evidenciam que o Apoio Institucional tem colaborado com o acionamento de sujeitos, tanto individual quanto coletivos com agenciamento de encontros e instrumentalização de trabalhadores por meio de ferramentas e conhecimentos. Além disso, beneficiam a desconcentração do poder nas organizações e possibilitam que os sujeitos sejam capazes de buscar soluções para seus problemas locais. Assim, ao passo que valoriza a autonomia e ativa o protagonismo dos

sujeitos e coletivos nos diversos territórios, os apoiadores (propiciam) podem influenciar o fortalecimento da regionalização e da descentralização da saúde e do Sistema Único de Saúde (Adriano acho que isso era demais).

Esta proposta de trabalho é interessante e dá a possibilidade de aprimorar os conhecimentos de saúde das EqSF, por oportunizar, o diagnóstico da sua realidade de trabalho, e, conseqüentemente, maiores condições para a implementação da EPS na Estratégia Saúde da Família. Mas, infelizmente, vemos que isso não tem funcionado na prática. A atuação do apoiador institucional não tem sido efetiva, referido inclusive neste estudo por alguns apoiadores institucionais, por conta da condução da gestão, colocando-os no “papel” de supervisor administrativo.

A questão do apoio institucional no município de Camaçari foi pensado no sentido de ser apoiador institucional mesmo, no sentido de ta trabalhando a parte de [...] processo de trabalho, a questão da Educação Permanente, educação continuada [...] a gente vai pras unidades a gente vai fazer visita muito mais pra saber as questões que não estão estruturadas, a questão de RH, questão dos problemas é interpessoais; mas trabalhar o processo de trabalho a gente não ta conseguindo, principalmente agora a partir desse momento que **a gente ta passando por uma reavaliação através da gestão, que não ta vendo mais o papel do apoiador como o apoiador, mas sim muito mais como supervisor** onde a gente vai precisar ir pra unidade ver questão do horário dos funcionários, é a questão de estrutura física, falta de insumos, não pensando no sentido de qualidade, mas no sentido de quantidade (E9G).

É difícil porque às vezes tem outras atribuições, né, a gente não faz só esse processo, né, de trabalho, né, a gente não faz só isso, **a gente também faz papel de supervisor administrativo** (E.11G).

O fato dos apoiadores institucionais assumirem a “função” meramente de supervisor poderá dificultar o desenvolvimento de ações que estejam mais voltadas para o processo de trabalho. Na prática observamos que há uma preocupação maior com insumos, estrutura física, entre outros, em detrimento da qualidade do trabalho desenvolvido pelas equipes de Saúde da Família.

Concretamente, não só os gestores da Atenção Básica fazem referência a esse desvio da “função” pensada inicialmente para os apoiadores institucionais como também os trabalhadores da Coordenação de Educação Permanente em Saúde.

[...]temos hoje os apoiadores que apóiam [...] a uma determinada região e que também é função deles, é papel deles né [...] mesmo sabendo é que é muitas vezes, que muitas vezes, esses apoiadores acabam assumindo um papel de gerente, supervisor, né, que acabam se confundindo muito com isso né, e é um dos nossos papéis também é de ta tentando mostrar que o apoiador ele não é supervisor né, ele não é gerente, ele não pode ta assumindo a parte administrativa, mas por outro lado

a atenção básica é carente, né então ele, muitas vezes ele acaba assumindo esse papel [...] (E.26G).

Entretanto, a fala de uma das entrevistadas diverge das anteriores sobre a atuação dos apoiadores institucionais ao ressaltar que o apoio institucional acontece realmente como apoio às USF, diferente de outros municípios que ela já trabalhou.

[...] eu já trabalhei com um apoio que tinha uma vertente mais pra supervisão, mas é o apoio daqui não, é ele bem voltado justamente pro apoio institucional mesmo, é aquela questão de você chegar na unidade, é refletir com os profissionais sobre os problemas de trabalho, ver como é que, como é que vai acontecer a mudança, é a melhoria dos processos, e é tá apoiando esses profissionais pra escolher os instrumentos necessários, as ferramentas, pra que eles mudem de processo, né, a gente trabalha bem nessa lógica né, de apoiar mesmo [...] de construir com o profissional a própria caminhar dele dentro do processo pra poder a gente fazer uma mudança [...] e aí os processo de educação né fazem parte, então ela entra no trabalho do apoiador, porque a gente tá sempre trazendo, né, questões de capacitação, de treinamento, né, de sentar pra, pra rever como é que tá o trabalho, e a partir dali a gente lutar é, um treinamentozinho uma né uma capacitação (E.10G).

A configuração da DAB com apoiadores institucionais e áreas técnicas pode oportunizar as ações serem planejadas em conjunto. Mas, infelizmente, na prática não tem acontecido; as ações tem sido pensadas separadamente e cada um desenvolve o seu trabalho individualmente.

Agora a gente faz capacitações individuais sempre pertinentes a nossa área de trabalho, né, então ela acontece assim muito individualizada, né, eu acho que é um, talvez um problema, eu acho que é um problema que acontece aqui, que é mais departamentalizada. A educação, o núcleo de EP não consegue unificar isso pra que isso aconteça de maneira mais entrosada (E.8G).

[...] na verdade o próprio dentro do departamento também a gente faz um trabalho em caixinha, tanto é que os apoiadores tem um projeto e as áreas de saúde é as áreas técnicas tem um programação delas completamente diferente, como se a gente dentro do próprio departamento não falamos a mesma linguagem (E.9G).

Essa dissociação entre os gestores das áreas técnicas e os apoiadores institucionais foi constatado decorrer da observação da prática. A própria organização do espaço da DAB prejudica a comunicação entre eles. O espaço em que funciona a DAB é dividido em três (3) ambientes (ambiente aberto com divisórias de madeira entre eles, sem portas). A Coordenação Administrativa fica entre a área que é reservada para a Coordenação de PACS/PSF e apoiadores institucionais, e o ambiente das áreas técnicas.

Vimos que cada uma dessas coordenações aparentemente desenvolvem suas ações de forma fragmentada, sem uma discussão coletiva. Entretanto, tivemos a oportunidade

deobservar em determinados momentos um diálogo entre as próprias apoiadoras, e/ou entre apoiadoras e Coordenadora de PACS/PSF, sem um entrosamento visível entre elas e as Áreas Técnicas.

Por conseguinte, vemos a necessidade dos gestores da DAB reverem o seu processo de trabalho para que possam identificar dificuldades, facilidades e perspectivas para o planeamento das atividades que englobam todos os seus componentes. A realização desse planeamento e da execução de ações tanto relacionadas à EPS quanto a outras demandas é fundamental para a obtenção de um trabalho resolutivo, tanto da gestão quanto dos trabalhadores de saúde.

A respeito do desenvolvimento das ações da EPS, as entrevistadas ainda referem à existência da CEPS, mas elas acabam realizando suas atividades de forma pontual e individualmente.

[...] a gente aqui tem um núcleo de EP, né, mais acaba que a tanto a coordenação da área, a coordenação do PACS/PSF quanto às áreas técnicas, individualmente, acabam formando as suas **capacitações individuais** [...] (E.8G).

“[...] a gente tem uma coordenação de educação permanente que é o modelo; é deveria ser mais parceiro da gente, porque ele **faz o trabalho dele pontual, a gente faz cada um em sua caixinha** [...]” (E.9G).

Além disso, segundo os gestores da DAB, em geral a CEPS está envolvida com a realização de atividades maiores.

[...] aqui na SESAU [Secretaria Municipal de Saúde] nós temos a coordenação de eventos, mas normalmente é pra eventos macros [...], tem a educação permanente também da secretaria que também atua na capacitação continuada [...] (E.7G).

[...] a educação permanente, a coordenação da educação permanente geralmente eles ficam nessa parte de logística quando é um evento maior, que vem junto com a SESAB [Secretaria de Saúde da Bahia], quando vem de um órgão maior (E.9G).

Segundo os gestores da Atenção Básica geralmente são eles que desenvolvem toda a logística do processo educativo para as equipes de saúde da família.

[...] na maioria das vezes somos nós mesmos que fazemos tudo [...] quando é uma atividade na equipe somos nós mesmo que metemos a mão e fazemos; então seja a confecção [...] da apresentação da aula, da solicitação de café, né, de coffee break, de tudo, quem faz é a gente mesmo (E.7G).

A gente faz tudo, bate ‘pênalti’, vai pegar, é o ‘gandula’, é tudo. Normalmente a gente que faz tudo. Elabora o treinamento, executa o treinamento, faz a parte de logística, tudo (E.8G).

Contrapondo-se a tais falas, para os gestores da CEPS existe uma parceria deles com a DAB para o desenvolvimento da EPS.

[...] nas Unidades de Saúde também tem os apoiadores, na realidade a nossa parte é quando alguém fala ó a gente organizar um curso com tal tema, então a gente entra, a gente conversa [...] existe uma parceria com a atenção básica [...] (E1G).

[...] o que a gente tem feito em relação a [...] educação a atenção primária né, a atenção básica do município é tá dialogando pra que a gente se comporte como parceiros nos processos de construção de educação permanente tanto internos como externos deles [...] (E14G).

Destacam ainda que seu ‘papel’ é apoiar o desenvolvimento das ações e não desenvolvê-las:

[...] junto com outros setores, o responsável, por exemplo, uma feira de saúde, aí é a educação permanente entra mais como apoio [...] aí a gente entra como apoio, é ajudando, conseguindo palestrantes (E.4G).

E as pessoas às vezes confundem isso também, né, a gestão confunde muito isso acha que a gente é que vai dá o curso, a gente vai proporcionar o curso, é diferente (E.14).

Todavia, compreendemos que é necessário também um maior entrosamento entre CEPS e DAB, para que a Coordenação de Educação Permanente oriente o desenvolvimento das atividades educativas da DAB de modo que elas estejam alinhadas ao proposto pela Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

Um dos entrevistados afirma que o objetivo da CEPS é promover a autonomia dos trabalhadores de saúde, no sentido de que eles mesmos produzam suas práticas educativas.

[...] o nosso objetivo não é fazer por, é fazer com, né, e trabalhar o [...] espaço que a gente tem hoje pra que eles tenham autonomia [...] (E.14G).

Concordamos com esta ideia, uma vez que os serviços de saúde precisam ter autonomia e compromisso em desenvolver suas próprias atividades de EPS, pois pensamos que só assim estarão adequadas à realidade do seu trabalho. Porém, segundo Ceccim (2005b), é necessário descentralizar e disseminar a capacidade pedagógica dentro do setor saúde entre os trabalhadores, gestores e formadores.

A CEPS, num trabalho de parceria com outros setores da Secretaria Municipal de Saúde devem criar mecanismos para que trabalhadores e gestores compreendam a EPS, pois,

o conhecimento das suas especificidades poderá facilitar sua operacionalização. Além disso, também podem criar estratégias que permitam que a CEPS atue como orientadores dos processos educativos dos serviços de saúde.

De acordo com o RAG 2013 (Doc.2), das 24 atividades realizadas em 2013 pela CEPS, no município estudado apenas seis (6) foram direcionadas para a Atenção Básica, tanto para usuários como para trabalhadores de saúde.

A realidade nos mostra a fragilidade do entrosamento da DAB com a CEPS em relação ao planejamento das ações em conjunto. Uma das justificativas referidas é a dificuldade de agendamento entre os setores para o encontro e a discussão sobre os processos educativos.

[...]por mais que [...] gente tente também atingir toda rede, não consegue porque a reunião deles não pode ser naquele dia com a gente [...] naquela semana da reunião deles a gente não pode ter presente que tem outra coisa, então esse choque de horários atrapalha um pouquinho (E.4G).

Pensamos que, talvez, esse “desencontro” entre as equipes seja pelo fato da CEPS ser responsável pela EPS de todos os serviços de saúde do município, e, portanto, ele não se restringe apenas aos serviços da Atenção Básica.

Nessa perspectiva, há outras dificuldades, dentre elas o tamanho da equipe da CEPS que conta apenas com nove (9) pessoas para desenvolver seu trabalho em todos os serviços de saúde do município. O RAG 2013 (Doc.2) faz referências às dificuldades para o desenvolvimento do trabalho da CEPS, reforçando que a equipe técnica é insuficiente para atender as demandas estabelecidas na Proposta da Política de Educação Permanente em Saúde, como também o número de profissionais da área administrativa para dar suporte à EPS; além de uma grande demanda de ações diárias. Para tanto, ressalta que tal política está em processo de discussão para implantação no município.

A fala dos gestores a seguir são convergentes com o RAG 2013 (Doc.2) ao referirem que a quantidade de pessoas na equipe da CEPS é pequena para atender a toda Secretaria Municipal de Saúde.

A gente tem hoje na equipe de educação permanente **uma equipe pequena pra a rede inteira da SESAU** [...] e profissionais, **poucos profissionais com formação específica** [...] (E.2G).

Bom, o limite que todo mundo tem é com relação às vezes você quer fazer uma coisa maior e não pode, porque a equipe por mais que né tenha um coordenador e 8 pessoas ainda **é uma equipe pequena** [...] (E.4G).

O trecho da fala da entrevistada 2 traz um outro limite para o desenvolvimento de um trabalho adequado na equipe: a falta de profissionais com formação específica na área, em convergência com a fala a seguir.

É eu [...] tenho um setor né onde **as pessoas não estão preparadas pra trabalhar com educação permanente** [...] então isso [...] descasa um pouco né o que eu preciso com o que eu tenho e isso traz uma necessidade de um trabalho interno dentro do próprio setor para né é primeiro a a gente alinhar qual é o papel do setor enquanto educação permanente e humaniza SUS [...] (E.14G).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2000) um dos desafios para consolidação do SUS é a gestão de pessoal, mais especificamente, a falta de trabalhadores com o perfil adequado, problemas de gestão e organização da atenção. Portanto, vemos que as dificuldades não se restringem apenas aos trabalhadores de saúde que atuam na assistência propriamente dita, mas também se estende à gestão.

Na saúde pública temos observado, durante a nossa prática, que tem havido uma alocação de profissionais no âmbito do SUS em setores nos quais eles não têm capacidades específicas para atuarem apesar de terem capacidades necessárias para trabalhar em outros setores. Neste sentido, entendemos que para o desenvolvimento de um trabalho satisfatório em qualquer setor ou instituição é necessário trabalhadores capacitados para tal, o que vai possibilitar, além disso, a valorização desses trabalhadores.

Alguns dos gestores fizeram referência à necessidade de um pedagogo na equipe para ajudar no desenvolvimento das atividades educativas com a utilização de estratégias adequadas a cada situação, a cada objetivo que se deseja alcançar.

[...] a gente não tem, por exemplo, um pedagogo na equipe, a gente precisava de uma pessoa com uma formação né básica da educação pra ajudar, pra apoiar, mas a gente não tem (E.2G).

[...] a gente queria muito ter um pedagogo, porque a gente não tem uma pessoa que pudesse trabalhar [...] a parte de metodologias [...] (E.14G).

A presença necessária de um pedagogo aqui expressada nos leva a inferir a preocupação dos gestores em oferecer processos educativos aos trabalhadores de saúde, com metodologias que façam sentido ao processo ensino-aprendizagem numa perspectiva de atender as necessidades desses trabalhadores, e, conseqüentemente, dos usuários.

Em virtude das dificuldades aqui retratadas na condução da educação permanente, os gestores da Coordenação de Educação Permanente em Saúde iniciaram um curso de

facilitadores de EPS com o intuito de qualificar a equipe da CEPS objetivando sensibilizar as pessoas à compreensão da EPS nos serviços de saúde. Para tanto, primeiramente, realizaram o curso com os seus membros, para posteriormente formarem facilitadores nos diversos setores da Secretaria Municipal de Saúde.

[...] estamos desenvolvendo que é a formação interna dos profissionais mesmo, né, pra gente fazer a, como é que diz? Colocar todos do setor no mesmo alinhamento técnico e metodológico pra contribuir com, com a formação e aí a gente vai fazer a formação para facilitadores de EPS, e esses facilitadores juntamente com esse núcleo vai ser os multiplicadores de educação permanente na Secretaria de Saúde (E.13).

[...] atualmente a gente começou ontem um curso de formação de facilitador interno nosso pra depois fazer esse curso de facilitador com o GT de educação permanente no município, né, pra que as pessoas entendam que a gente não é a gente não é pra fazer os cursos, a gente é pra ta apoiando esses cursos[...] (E.14G).

A proposta do Curso de Facilitadores é difundir a prática da EPS nos serviços através de pessoas que neles atuem, pois a quantidade de serviços de saúde é grande para a quantidade de pessoas que atuam na CEPS (9). Dessa forma, os trabalhadores de saúde, facilitadores da EPS, estariam diretamente relacionados ao CEPS, o que possibilita receberem orientações quanto à realização das atividades de EPS. Para tanto, eles pretendem realizar essa ação com pessoas indicadas pelos serviços.

[...] a gente tenta estabelecer algumas referências nos serviços pessoas que vão estar com a gente com mais contato, né, como referência mesmo da coordenação nas unidades, então a gente vai capacitar pessoas indicadas pelas unidades pra que essas pessoas se responsabilizem pelos processos da própria unidade, com a coordenação dando o suporte necessário (E.2G).

Entendemos que tal iniciativa pode vir a ser uma possibilidade para que a EPS adentre de fato nos serviços de saúde, e assim a Coordenação de Educação Permanente em Saúde consiga acompanhar o desenvolvimento dessas ações. Mas, não será fácil. Contudo, há uma possibilidade de manter contato com pessoas que se responsabilizem pelos processos de EPS e uma maior chance de se ter um efetivo acompanhamento das atividades na CEPS, o que não tem acontecido como deveria, como evidenciado neste estudo.

No entanto, a iniciativa esbarra numa outra questão: a corresponsabilização das equipes em desenvolver e participar dessas atividades. Muitas vezes, os trabalhadores de saúde não compreendem a importância da EPS e encaram esse processo apenas como mais uma atividade que precisam cumprir sem questionar, outras vezes nem participam das discussões.

[...] tem material que a gente precisa discutir que é um dia todo, e assim sempre a tarde o período é menor; então a gente acaba fazendo uma capacitação, uma orientação corrida. Então as pessoas já por ser corrida, eles não tem esse processo de não querer se envolver, e quando é corrida mais pra ir embora aí é que eles não abrem a boca, não tira dúvida, nada, tudo pra eles ta bom, eles escutam, ta terminou, terminou? Vamos embora (E.9G).

A situação aqui colocada leva-nos a questionar e/ou refletir a causa dessa falta de compromisso e de ânimo dos trabalhadores de saúde em participar das atividades educativas. Será que os trabalhadores têm sido envolvidos no processo de planejamento dessas ações? Eles conhecem realmente a importância das ações para o desenvolvimento do seu trabalho?

Segundo Vicent (2007), muitas vezes quando não participam do processo do planejamento das atividades educativas e são reduzidos apenas a seus expectadores, os trabalhadores de saúde se mostram descomprometidos com o processo ou até mesmo são contrários à realização dos mesmos.

Para Silva, Ogata e Machado (2007) a obrigatoriedade é o que leva os trabalhadores de saúde a participarem das atividades educativas, e isto evidencia a falta de disposição deles em cooperarem com a melhoria do serviço em que atuam.

Portanto, é necessário que consideremos a opinião dos trabalhadores de saúde para elaboração e execução da EPS, assim como também eles devem estar inseridos no processo em todas as fases do seu desenvolvimento. Além disso, para o envolvimento dos trabalhadores de saúde nos processos de EPS, é imprescindível a realização de um trabalho que os mostre qual a necessidade da realização da EPS, para que eles compreendam o que é a EPS, e a valorize.

Diante desta perspectiva, para os E.7Ge E.10Go desenvolvimento da EPS depende muito dos trabalhadores de saúde que estão na assistência.

[...] é um trabalho de formiguinha, **é um trabalho que depende também da vontade do profissional**, não é tão simples né porque não adianta a gente tentar explicar, tentar colocar aquelas informações se o profissional que tá lá na ponta ele não aceita[...] é um trabalho que a gente tenta não é sensibilizar, nem conscientizar porque isso é muito superficial, é tentar mostrar pra esse profissional a importância da educação permanente [...] (E.7G).

[...]a dificuldade é justamente as pessoas entenderem a importância da educação permanente que as vezes acham que a é mais um treinamento, né, é vem mais blábláblá, é vem mais, né, e aí eu acho que o limite é justamente isso, o entendimento das pessoas, né, em relação a a real função da educação permanente que não é só pra a educação permanente tem de fazer, né é uma coisa que tem um objetivo, que tem muito valor (E.10G.)

Por conseguinte, de acordo com Celedônio e outros (2012) a atuação do profissional na Atenção Básica associada ao processo de ensino-aprendizagem resulta na qualificação da assistência. No entanto, para que isso aconteça é necessário que o trabalhador de saúde tenha interesse em aprender, pois, só ocorrerá de fato transformação nas práticas, através da sua reflexão, se ele quiser e fizer esta reflexão.

Daí, para ser posta em prática a EPS precisa ser entendida pelos trabalhadores de saúde, eles precisam ser protagonistas desse processo. Se eles não se entenderem e não se assumirem como responsáveis pelo desenvolvimento das atividades educativas elas não irão acontecer, ou se acontecerem não vão surtir o efeito esperado.

Outrossim, tal afirmação pontua a responsabilização da gestão quanto a implementação da EPS na ESF. Segundo os gestores, uma das dificuldades é o não reconhecimento da sua importância pela gestão e a sua não valorização.

É eu acho que a gente ainda precisa avançar um pouco, a equipe precisa avançar, **a gestão precisa entender que a educação permanente é prioridade [...]** (E.2G).

É então assim quando você não é prioridade, você não é visto como prioridade é você vai encontrar uma série de gargalos durante o caminho, né, você vai encontrar uma série de gargalos, e a gente encontra isso né. É digamos, pra fazer uma coisa simples um curso de formação de facilitador, a gente encontrou uma série de dificuldades. É digamos, pra fazer uma coisa simples um curso de formação de facilitador, a gente encontrou uma série de dificuldades, né, teve materiais que a gente tirou do nosso bolso. É a gente teve dificuldade com impressão pra fazer um módulo, faltou papel e não tinha no almoxarifado. Então assim é **educação permanente ela precisa ser uma prioridade [...]** (E.26G).

A E.26G é enfática em sua fala ao referir que essa não priorização da EPS prejudica o desenvolvimento das ações educativas, dificultando, inclusive, a disponibilização dos materiais necessários, também ressaltados pelas gestoras E.1 e E.5 a seguir.

[...] pra trabalhar a gente precisa ter também condições, na educação permanente você precisa ter uma impressora, a gente não tem, a gente precisa ter internet, a gente fica às vezes a manhã, dois dias sem internet, uma manhã inteira, como se trabalha educação permanente sem os aportes? Né, sem uma impressora decente, sem material? (E.1G).

Assim, como eu trabalho na parte administrativa a dificuldade que a gente tem às vezes é assim tem com relação aos materiais né pra é desenvolver, por exemplo, tem um seminário aí tem que ficar procurando é correndo atrás dos materiais pra que tudo dê certo, né, aí dificuldade de transporte [...]

 (E.5G).

Tivemos oportunidade de observar o trabalho na CEPSe vimos que faltam recursos materiais que para o desenvolvimento de suas atividades. Segundo a E.2 isso acontece muitas vezes pela falta de uma verba orçamentária para as atividades da CEPS.

[...] a gente não tem no cunho municipal uma verba orçamentária pras nossas ações, acho que essa é uma dificuldade crítica então não tem nada destinado as ações de Educação Permanente, financeiramente falando a gente não tem recurso (E.2G).

O RAG 2013 (Doc.2) cita como uma dificuldades enfrentadas pela CEPS a falta de um veículo próprio para atender as demandas das ações, pois, muitas vezes, as ações acontecem em locais fora do prédio em que a CEPS está localizada, sendo necessário transportar materiais didáticos e pessoal; uma outra dificuldade é a cota telefônica insuficiente para promover os devidos contatos das ações de EPS.

Um dos desafios, segundo Ceccim (2005a, p.163), para a concretização das metas na saúde tem sido a gestão compreender a formação dos trabalhadores de saúde como atividade meio, ou seja, secundária à formulação de políticas de atenção à saúde. Portanto, ela “Nem é dirigida às políticas de gestão setorial ou das ações e dos serviços de saúde e nem é compreendida como atividade finalística da política setorial”.

Contudo, segundo Ceccim (2005a), é necessário que a formação dos trabalhadores de saúde assuma um lugar central, finalístico às políticas de saúde. Nesta perspectiva, é fundamental que a educação para os trabalhadores de saúde tenha a mesma atenção e o mesmo compromisso dispensados às outras políticas de saúde, uma vez que, para que estas políticas sejam executadas de forma qualificada é essencial que os trabalhadores de saúde participem de atividades educativas.

Nesta direção, para Celedônio e outros (2012), os trabalhadores de saúde precisam ser ouvidos pela gestão a respeito do processo de trabalho para que a gestão compreenda as fragilidades e as potencialidades da assistência à saúde e possa junto com os trabalhadores de saúde desenvolver uma melhor forma de trabalhar a produção do cuidado integral, resolutivo e humanizado.

A escuta é aqui referida pela E.7G com o objetivo de identificar o que os trabalhadores de saúde tem de necessidade para tentar solucionar.

[...] **a gente tem um um trabalho mais de escutar, de ouvir**, quais são as demandas dos profissionais [...] **a gente faz um trabalho mesmo de escuta**, né, escuta o profissional, pra tentarmos captar o que é que estão necessitando e **a partir daí a gente tentar solucionar**, é mais uma escuta mesmo, uma troca, né, na realidade (E.7G).

Diferentemente das falas aqui destacadas até então, a entrevistada 26 explicita que a EPS ainda não é vista como prioridade porque nos serviços da Atenção Básica é exigido a produtividade dos trabalhadores de saúde, e a EPS não é uma atividade computada como tal.

[...] a educação permanente ela não é tida como prioridade né, é ela não é vista como produtividade né, e a atenção básica tem muito disso [...] (E.26G).

Dessa forma, os processos educativos atrapalhariam o desenvolvimento das outras ações, como os atendimentos individuais, que são prioridades para a gestão e a população. Assim, tem-se uma preocupação com o quantitativo das ações realizadas e não com a qualidade com que são desenvolvidas.

[...] enquanto a gente pensar só na quantidade nós vamos ter profissionais robôs, apenas reproduzindo aquilo que é mandado e não vai nem avaliar porque ta fazendo esse trabalho, então robô não precisa pensar, se não precisa pensar a gente não precisa ter educação permanente[...] (E.9G).

Outra explicação para que a EPS não seja considerada como prioridade é o fato de que tanto a gestão quanto trabalhadores e usuários ainda valorizam as ações de reabilitação e cura das doenças em detrimento das ações de promoção e prevenção. Além disso, não há uma valorização dos setores que podem auxiliar no desenvolvimento das práticas de saúde.

[...] a gente já tentou ver com a gestão mudar esse pensamento de que a educação permanente é importante e na verdade acho que é porque a gente tem trabalhado o PSF não na lógica do PSF. PSF é a parte primária, prevenção, e a gente tem trabalhado no PSF a parte secundária. A gente só trabalha a parte de que? De cura, só de tratamento (E.9G).

[...] infelizmente não só a comunidade, mas a gestão dos serviços ainda é muito assistencialista, né, ainda é muito curativista, então não tem entendido qual a importância de outros setores na construção, né, do sistema único de saúde, e assim a educação permanente é um desses setores que tem dificuldade, né, de ter o seu espaço garantido (E.14G).

A EPS, de acordo com Sarreta e Bertani (2009) visa transformar o modelo de atenção e fortalecer a promoção da saúde e a prevenção de doenças, de modo que a atenção integral seja a base do trabalho em busca da autonomia dos trabalhadores na produção da saúde. Dessa forma acreditamos, que a EPS poderá transformar o modelo assistencial pautado na valorização da cura e da doença, dando lugar à valorização da promoção da saúde e da prevenção de agravos.

Frente ao modelo de saúde atual, uma das dificuldades para a implementação da EPS está justamente na valorização de práticas voltadas para a cura e para doença. Portanto, é preciso superar essa barreira para que a EPS seja desenvolvida com o objetivo de transformar as práticas de trabalho na saúde.

Neste sentido, segundo Vicente (2007), a formação e a gestão devem ser orientados pela articulação de educação e trabalho, e devem se comprometer não apenas com a qualidade técnica, mas com as demandas da população em direção a qualificação do Sistema Único de Saúde.

Os gestores e os trabalhadores de saúde do SUS são responsáveis pelo desenvolvimento das atividades educativas e pela qualificação da assistência prestada à população. E, como responsáveis pelo desenvolvimento das ações previstas pelo SUS, devem se comprometer com o Sistema de Saúde.

Outrossim, enfatizamos que a realização das ações devem ser coletivas, mas, enquanto as pessoas não começarem cada uma a fazer sua atividade e ficar uns esperando pelos outros, o SUS não avançará na perspectiva de prestar a assistência que é defendida nas leis e portarias que o regem. Precisamos sair do papel, precisamos de gestores e trabalhadores de saúde atuantes, que realmente se preocupem com a qualidade daquilo que produzem, com a qualidade da produção do cuidado em saúde.

Para se mudar a prática de produção de cuidado, é urgente fazer com que os trabalhadores do SUS se sintam de fato trabalhadores do SUS.

E o grande desafio eu acho pra educação permanente é mesmo e pros profissionais de saúde é mesmo mudar o processo de trabalho que eles vêm já acostumados a fazerem, né, muitos é, como é que eu vou dizer, ainda não acredita na essa proposta do sistema único de saúde, né, é tem alguns ainda mesmo com a visão da saúde de 30 anos atrás, né, então esse é o grande desafio, é fazer o profissional é se sentir profissional da estratégia da saúde, se sentir profissional do sistema único e que esse sistema ele dá certo sim, que ele é responsabilidade de todos nós, de profissionais, gestores e de usuários, né. E sair um pouco também do muro das lamentações que as vezes nós trabalhadores somos muito Jó, né, a gente fica só na lamentação e a gente não vê um caminho de mudança, e que as vezes tem que pode partir não só da gente mais também daquele coletivo que tá no nosso lado, mas a gente também tem uma parte de responsabilidade na mudança, no meio onde eu atuo (E.13G).

Não é demais nos reportar que o SUS é responsabilidade de gestores, trabalhadores e usuários, e para que ocorram as mudanças necessárias é essencial que cada um desses atores tenha uma sensibilização para que ocorra uma consciência. Não adianta apenas reclamar, é necessário ação.

Não só a Diretoria da Atenção Básica e a Coordenação de Educação Permanente em Saúde devem ser responsáveis pela EPS dos trabalhadores de saúde da ESF, mas outros setores da Secretaria Municipal de Saúde também devem realizar atividades educativas para a ESF, referendados tanto por um gestor quanto um trabalhador de saúde.

[...] além da equipe da Atenção Básica as unidades recebem também outras equipes [...] tem um núcleo de Educação Permanente, que também faz visitas as unidades, que também oferta atividades de educação pra eles [...] a equipe de saúde mental é uma equipe que muito constantemente está nas unidades realizando matriciamento e consequentemente processo de educação, é a equipe da vigilância em saúde, a epidemiológica especificamente também realiza muito constantemente processo de educação para os profissionais [...] (E.6G).

[...] sempre tem chamado na, por vários fatores vigilância epidemiológica, programa de hanseníase, é saúde da mulher, com o programa de é de combate [...] a sífilis congênita, sempre temos treinamentos (E.21TS).

Quanto à temporalidade da realização das atividades educativas, segundo os entrevistados da CEPS não há uma programação prévia, elas acontecem de acordo com a demanda.

[...] não tem nada assim muito definido se é mensal, se é quinzenal, se é semanal, tem é muita demanda, muito trabalho e muita necessidade (E.2G).

[...] não tem esse tempo assim cronometrado direitinho, é de acordo com a demanda espontânea (E.4G).

Todavia, outros entrevistados (gestores) referiram que esse planejamento das ações está sendo iniciado pela CEPS a partir da análise do levantamento das necessidades de aprendizagem dos trabalhadores de saúde.

[...] a gente não fez ainda o cronograma de como é que vai ser, como é que diz? De que, de quanto em quanto tempo vai ser, né mais eu acredito que depois que tiver isso bem organizado eu acredito que vai ser constante mesmo, né. Deve ter um calendário bem definido (E.12G).

Isso é o que ta se montando agora né, através do levantamento é que ta se montando a grade pra vê como quem é que vai ser agora, quem vai depois, e como é pra não ta chocando mesmo (E.13G).

Por outro lado, a temporalidade das atividades educativas promovidas pela DAB vai depender da dinâmica de cada equipe de Saúde da Família.

A gente consegue parcialmente fazer uma Educação Permanente; mas, é regional, no caso, pontualmente, em cada unidade [...] (E.9G)

[...]é não tem um tempo estabelecido né, então assim vai depender de cada equipe, então eu tenho equipes que é, que eu consigo fazer às vezes treinamento uma vez no mês, tem equipes que faço a cada três meses, né, a depender da, da dinâmica da própria equipe (E.10G).

Apesar disso, uma outra fala da E.9 reconhece que a EPS não deve ser uma atividade realizada pontualmente.

[...] uma educação permanente não é um dia, não é uma manhã, o que a gente tem feito é isso [...] (E.9G).

As atividades educativas para os trabalhadores de saúde não tem ocorrido de forma contínua como previsto pela EPS. Concordamos com Lopes e outros (2007) que as demandas de qualificação profissional e formação são variadas, e por isto a capacidade pedagógica deve ser uma prática no dia a dia do trabalho em toda a rede de saúde, fazendo com que ela seja uma rede de ensino-aprendizagem no desenvolvimento do trabalho.

Assim, as práticas educativas para os trabalhadores de saúde da ESF devem ser realizadas continuamente, para que tenham suas dúvidas esclarecidas à medida que estas sejam evidenciadas no contexto de seu processo de trabalho.

Porém, contraditoriamente, segundo a entrevistada 8, as atividades educativas para os trabalhadores de saúde acontecem a todo momento sempre que precisam, pois eles podem procurar os profissionais de referência para solucionar possíveis dúvidas.

[...] executando esses treinamentos e as capacitações elas são, ocorrem é... durante todo processo, né, acontece uma dúvida o próprio profissional é orientado, ele tem sempre a referência do profissional que é responsável pela área e ele é orientado durante o seu processo de trabalho (E.8G).

Entretanto, a EPS não consiste apenas em orientar os trabalhadores de saúde. A proposta da EPS é mais complexa e envolve a reflexão da realidade. Isso não significa que não é necessário que exista uma pessoa responsável por estar orientando os trabalhadores de saúde quando surgirem dúvidas, pelo contrário, é importante que isso aconteça, mas, as orientações dadas durante o processo de trabalho nem sempre se configuram como EPS.

A EPS precisa ser baseada na reflexão da realidade de trabalho, na sua problematização, para a identificação das necessidades de aprendizagem, e para que a abordagem seja feita de acordo com a experiência vivenciada por cada trabalhador de saúde. Outrossim, é necessário avaliar os processos educativos para identificar se eles foram suficientes para solucionar as demandas.

Para a gestora E.8, o processo educativo no município estudado, dar-se-á com a identificação do problema, e posteriormente execução da ação e avaliação dessa ação.

[...]a gente parte de um problema pra executar um treinamento, depois dessa execução desse treinamento a gente volta pra fazer uma avaliação: aquele problema melhorou, a gente fez alguma melhora naquele indicador? Não teve? E aí a gente tenta fazer pontual (E.8G).

Divergindo-se da E.8G, a E.9G refere que essa avaliação na EPS não tem acontecido; as atividades tem sido feitas pontualmente e sem uma avaliação do seu impacto na realidade de trabalho da ESF.

Eu percebo que a gente em educação, né na questão de educação continuada, educação permanente gente tem [...] feito muito isso, pontua, conclui e não avalia (E.9G).

De acordo com Ceccim e Feuerwerker (2004), para identificar as implicações das atividades de EPS é necessário a utilização de mecanismos de avaliação dos processos desenvolvidos e de mecanismos de monitoramento que permitam ordenar e/ou reordenar a articulação intersetorial na política de formação para a área da saúde. Neste sentido, os autores ressaltam que a avaliação do processo deve levar em consideração a realidade social e política em que o serviço está inserido, a partir da verificação das necessidades de saúde, para o desenvolvimento de novas propostas pedagógicas que sejam capazes de mediar a construção do conhecimento, fortalecendo a ideia dos serviços de saúde como espaços de aprendizagem.

Segundo Lino e outros (2009), para que um processo de avaliação contenha claramente a subjetividade das possíveis contribuições da EPS nos serviços, é necessário reconhecer o trabalhador de saúde em sua multidimensionalidade, reduzindo a distância entre a técnica e a afetividade.

Portanto, a avaliação das atividades educativas é de suma importância para verificar se a metodologia utilizada e os assuntos abordados foram adequados às demandas dos trabalhadores de saúde, e se eles conseguiram aprender o que foi discutido. Para tanto, compreendemos que se não houver avaliação não se saberá em que é preciso melhorar e se de fato o conteúdo abordado foi aprendido. Por conseguinte, se não houver aprendizagem não ocorrerá mudança de prática.

A respeito do local de realização das atividades educativas, de acordo com as trabalhadoras de saúde da USFI, as atividades realizadas pela Diretoria da Atenção Básica ou

por outros setores não acontecem na unidade, mas em outros locais como a Cidade do Saber ou Prefeitura Municipal, por não haver espaço suficiente na unidade.

Não, não, nunca é realizado aqui não. É sempre na Cidade do Saber, ou na prefeitura, onde tem auditório [...] Aqui não, porque mesmo porque a gente não tem um espaço físico assim adequado, então a gente, a atenção básica sempre faz e a gente somos convidados pra ir num local que tenha, que dê pra fazer uma reunião, né, aqui é muito pequenininho mesmo (E.16TS).

Acontece na Cidade do Saber, que é um espaço que tem espaço pra isso [...] Não, não porque nós não temos espaço, não temos espaço pra isso (E.19TS).

Coincidentemente, observamos na prática a realização de uma atividade educativa na USFI realizada pela apoiadora institucional responsável pela unidade. Uma contradição da fala da entrevistada 16 ao referir que não realizam atividades na USF. Já em outra fala afirmou que quando é necessário é realizado.

Mas sempre que tem alguma coisa passa também, como sexta-feira você veio, ela precisou passar, sempre que tem a gente se reuni aí, passa o que tiver que passar, né. A atenção básica passa pra gente e a gente repassa aqui entre a equipe (E.16TS).

Na USFII, a entrevistada 23 reforça que os setores da Secretaria Municipal de Saúde realizam atividades educativas na unidade.

Na unidade realiza. A semana passada ou foi retrasada, dia 11 teve uma [...] capacitação aqui pra gente o dia todo, foi sobre o e-SUS [...] (E.23TS).

Diante da responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde em desenvolver atividades mais direcionadas para cada território, acompanhamos na prática a atividade sobre o E-SUS desenvolvida pelos apoiadores institucionais individualmente em cada unidade. Apesar de ser uma atividade educativa recomendada pelo Ministério da Saúde, percebemos que houve uma preocupação em discutir com cada equipe individualmente.

Nessa direção, segundo alguns entrevistados, na maioria das vezes os responsáveis que realizam as atividades educativas para a EqSFsão os seus apoiadores institucionais:

Normalmente é a apoiadora da gente (E.22TS).

[...] eu percebo que esses cinco apoiadores, o DAB fica responsável praticamente por tudo [...] (E.9G).

Os apoiadores institucionais possuem autonomia para desenvolver essas ações nas USF, mas muitas vezes eles discutem antes com a Coordenação da Atenção Básica as atividades a serem desenvolvidas.

A gente tem autonomia pra fazer os planejamentos dentro das unidades, dentro né, mas a gente tem o apoio da coordenação da atenção básica, então assim a em reunião também com a atenção básica, né o apoio com a atenção básica, porque na verdade o apoio ele vai ser o elo entre a gestão é, a coordenação da atenção básica e as equipes né, [...] e aí o que a gente planejou na unidade é repassado pra, pra coordenação e aí a coordenação vai ver se gostou né, se poderia ser mudado, mas geralmente quem faz o planejamento somos nós, o planejamento direto e indireto, junto com a equipe (E.10G).

É importante que os apoiadores institucionais tenham autonomia para desenvolver as atividades educativas em parceria com os trabalhadores de saúde da ESF tendo em vista que eles são as pessoas da gestão mais próximas desses trabalhadores, daí terem maiores condições para planejar e desenvolver as atividades educativas em conjunto com os trabalhadores de saúde, de acordo com a realidade de trabalho das USF articuladas às necessidades da população.

Outros trabalhadores de saúde não sabiam quais são os setores e as pessoas responsáveis pela realização das atividades educativas.

Ah! Realiza, é [...] são grupos que são preparados em, geralmente a gente vai pra cidade do saber [...] (E.15TS).

Geralmente são enfermeiras que passa, agora eu não sei se são elas mesmo que desenvolvem (E.19TS).

Para outros entrevistados, geralmente as atividades educativas são realizadas por pessoas da Diretoria da Atenção Básica.

[...] depende do que for é o pessoal da atenção básica, depende do tipo de palestra, né, geralmente é o pessoal da atenção básica [...] (E.17TS).

É vem da DAB né que é a atenção a atenção básica, vem de lá e aí lá tem os pessoal que coordena, se for da parte de nutrição tem o nutricionista tem, vem de lá, aí já vem de lá pronto pra poder a gente ir pra [...] esses cursos (E.23TS).

Como vemos, em nenhum momento os trabalhadores de saúde citaram a CEPS como responsável pela realização de ações educativas. Porém, como evidenciado nos Doc. 1, 2, 3 e 4, muitas atividades são realizadas em parceria da DAB com a CEPS, por esse motivo, na maioria das vezes eles acabam associando a realização das atividades a DAB.

As atividades promovidas pelo CEPS são realizadas por algum dos seus membros ou eles convidam pessoas para ministrar as atividades.

É, muitas vezes somos nós, e muitas vezes convidamos.[...] a gente tem as parcerias, né, a gente convida também profissionais de fora (E.1G).

[...] ou a equipe assume, ou a gente convida alguém que pode nos ajudar na discussão (E.2G).

Isso evidencia que há uma preocupação da CEPS em oferecer atividades que sejam ministradas por pessoas capacitadas, que de fato conheçam o assunto a serem abordados.

A respeito de atividades preparatórias dos trabalhadores de saúde ao adentrarem nos serviços, uma das entrevistadas falou sobre o Introdutório que fez quando foi admitida no serviço e que hoje não acontece mais:

[...] eu fiz o introdutório, há 15 anos, quando a gente veio que foi a primeira vez que eles fizeram; hoje em dia já não faz mais porque tá uma rotatividade muito grande dos profissionais [...] (E.20TS).

[...]hoje em dia o pessoal entra e começa a atender e não tem formação nenhuma pra entrar no serviço, mas a gente tem (E.20TS).

O introdutório a que se refere a E.20TS hoje é denominado de Acolhimento Pedagógico. Quanto a esse acolhimento, a fala da E.1G, é convergente com o teor do RAG 2012 e RAG 2013 (respectivamente Doc.1 e Doc.2) ao descreverem que nesses últimos dois anos o acolhimento pedagógico para os trabalhadores de saúde –foi uma das metas traçadas para o município– mas não foi alcançada.

[...]porque pra que você atenda o usuário de forma humanizada é preciso também que a gestão nos acolha de forma humanizada e, infelizmente, isso não acontece em Camaçari. Muitos de nós chegamos nos setores é, como eu cheguei, por exemplo, sem um treinamento, sem uma capacitação, então, por isso que é importante é, a educação permanente como também a gestão do trabalho, que a gente, a gente não tem aqui em Camaçari (E.1G).

Os autores Corbani, Brêtas e Matheus (2009, p.353) questionam a humanização do cuidado em enfermagem “Afim, como cuidar quando não se recebe cuidado? Pois, não é gente cuidado de gente que caracteriza a ‘humanização’?”. Em nossa opinião essa discussão se estende a todos os trabalhadores de saúde, uma vez que eles produzem cuidado e precisam de cuidado para o desenvolvimento de um trabalho qualificado.

A falta de um acolhimento aos trabalhadores que adentram na ESF é preocupante. O processo de acolhimento é necessário para que os trabalhadores de saúde conheçam as especificidades do município, tenham uma visão mais ampliada do trabalho que irão desenvolver e da unidade em que irão atuar, e se sintam mais seguros e acolhidos pelo município.

Paradoxalmente, a fala do gestor, E.14, faz referência a um dos projetos da CEPS que é desenvolver o acolhimento dos profissionais que adentram nos serviços de saúde.

Tem um processo natural do acolhimento que não é feito hoje e tem é um dos nossos é projetos também (E.14G).

A Programação Anual de Saúde 2014-2015 do município (Doc.3) tem como uma das metas a realização do Acolhimento Pedagógico dos novos servidores, contido também no Plano Municipal de Saúde 2014-2017 (Doc. 4), em que uma das ações é garantir o acolhimento pedagógico aos servidores do município, contemplando a organização dos serviços e orientação à prática profissional.

A respeito das atividades educativas realizadas fora das USF, alguns entrevistados relataram a pouca ou nenhuma realização das mesmas no último ano.

SESAB também, nos anos anteriores a gente tinha mais esses processos da educação permanente né, tanto é promovidos pela SESAB como é pelo município também [...] agora particularmente a odontologia pra esse ano foi meio devagar, não tivemos nenhum curso de, nenhuma reunião na verdade (E.24TS).

De acordo com os Doc. 1, 2, 3 e 4 não houve um planejamento para o desenvolvimento de ações educativas para os profissionais da equipe de saúde bucal, apesar de haver proposta para ampliar a oferta de serviços odontológicos e qualificar a Rede de Atenção à Saúde Bucal. As ações educativas propostas nos documentos referidos estão direcionadas à capacitação de ACS sobre Escovação Dental Supervisionada (EDS) com a supervisão da equipe e educação em saúde com a supervisão da equipe de saúde bucal.

Por outro lado, a proposta da EPS é o desenvolvimento das ações educativas de acordo com a realidade de cada equipe de saúde, dessa forma, nem todas as ações educativas promovidas pela SMS estarão atendendo as necessidades das equipes. Muitas vezes as unidades de saúde possuem os mesmos problemas, mas com causas diferentes que exigem ações diferentes.

A implementação da EPS requer a descentralização das ações educativas. Segundo Silva, Dias e Rodrigues (2009, p. 1456) “a ideia de descentralização do sistema de saúde abre a possibilidade de que os sistemas locais possam ser dotados de autonomia para que possam decidir sobre a melhor forma de lidar com os problemas”.

Por sua vez, segundo Araujo (2012a), ao se identificar os problemas relacionados ao processo de aprendizagem, as equipes de saúde da família deverão ter autonomia para propor e implementar, de forma coletiva, as ações educativas capazes de impactar os problemas identificados.

É preciso avaliar, portanto, o motivo que levou a redução das atividades educativas realizadas pelo município, principalmente na área de Odontologia. Se houve uma descentralização dos processos educativos, que é o que preconiza a EPS, podemos inferir que isto não prejudica as ações educativas, mas, pelo contrário, permite que elas sejam adequadas à realidade de trabalho dos trabalhadores de saúde.

No entanto, uma das causas apontadas para a pouca realização de capacitações, segundo a trabalhadora de saúde E.20, é a rotatividade profissional.

[...] principalmente aquele profissional que tá iniciando sabe, tinha que ter uma capacitação melhor, mais eles também não querem gastar com isso porque tá tendo muita rotatividade [...] (E.20TS).

A gestora E.8, destacou que os desafios para implementação da EPS e qualificação do processo de trabalho são sobrecarga de serviço, condição de trabalho precária e a desqualificação do profissional. Enquanto isso, segundo Ribeiro e Mota (1996), os contratos temporários de serviço, os baixos salários e a terceirização levam a uma redução de trabalhadores de saúde fixos nos serviços de saúde e, conseqüentemente, um aumento da quantidade de trabalhadores em caráter provisório, cuja participação no desenvolvimento das ações de saúde é pontual. Esta é uma situação que influencia a fragmentação do cuidado e a fragilidade dos projetos que são embasados na integralidade e na equidade. Por conseguinte, ocasiona um baixo retorno das atividades educativas principalmente por serem direcionadas a sujeitos de alta mobilidade e com reduzida adesão aos projetos institucionais.

A entrevistada 8 ainda complementa [na sua fala] que o processo de trabalho tem sido ‘mal feito’ na EqSF pela falta de atividades de Educação Permanente em Saúde.

Porque o que a gente observa que o grande problema da execução, né, da do produto final, que é o mecanismo de serviço que a gente dá ao paciente a maioria deles fala a respeito dessa dificuldade do processo de trabalho, como esse trabalho é mal feito

dentro da equipe, né, então por uma deficiência nossa de não efetivar essa EP, não ta conseguindo atingir uma deficiência do próprio perfil do profissional (E.8G).

O contexto dessa fala leva-nos a compreensão de que a realização de atividades educativas orientadas pela EPS é fundamental para o desenvolvimento de ações de saúde uma vez que possibilita fazer com que o trabalhador de saúde reconheça suas dificuldades e as trabalhe para superá-las.

Um outro aspecto das atividades educativas a ser abordado é os participantes dessas ações. Observamos na fala anterior da entrevistada 24 o destaque dado à não realização das atividades educativas direcionadas à Odontologia.

Outros trabalhadores de saúde afirmam que os participantes das atividades vão depender da ação a ser realizada, seja a equipe, seja uma determinada categoria profissional.

Depende porque às vezes tem curso só pras ACS, tem outros cursos só pro pessoal de nível superior, né, aí às vezes vai médico, dentista, enfermeira, já também já teve só pra dentista, algum curso específico, né, a dependendo [...] (E.17TS).

Às vezes eles acontecem direcionado para a equipe toda, quando eles querem mais um trabalho em conjunto assim uma coisa com a equipe completamente, às vezes eles podem direcionar só pra um núcleo [...] mais independente acontece de ser só pra o médico, só pra o enfermeiro, só pra o dentista, o odontólogo na verdade, às vezes é só pra os técnicos de enfermagem, que é essa parte mais de vacinação, às vezes é só pra os agentes comunitários de saúde [...] (E.25TS).

Todavia, de acordo com a entrevista 8, é realizada uma avaliação para identificar quais os participantes que necessitam “treinar”.

Depende da ação que a gente vai fazer [...] a gente faz uma avaliação do que: qual a maior dificuldade que a gente ta tendo, qual o problema que a gente ta tendo, qual a categoria com maior problema? A gente vai ter uma atividade pra gente treinar só uma categoria? A gente precisa treinar a equipe inteira? (E.8G).

Já segundo o entrevistado 14 do CEPS eles não escolhem os participantes das atividades educativas, apenas sugerem aos responsáveis para a realização das atividades.

[...] a gente não tem tido muito autonomia, né, com certeza a gente faz a sugestão, por exemplo, tem processos que vai envolver nível médio com nível supere superior, entendeu? Tem processos de qualificação que é específico pra uma determinada categoria, isso não é uma coisa não é uma coisa fixa, então depende muito do objetivo do processo de formação [...] e o acolhimento pedagógico é a equipe inteira, entendeu? [...] vai ta trabalhando separado por cada uma cada um dos níveis superior ou nível médio de acordo com a sugestão inclusive de quem vai proporcionar a formação [...] (E.14G).

Divergindo da E14G, para a entrevistada 2 [também integrante da CEPS], geralmente priorizam a equipe toda para as atividades de Educação Permanente em Saúde.

A maioria dos [...] momentos, dos processos de educação permanente a gente faz com a equipe como um todo, a equipe completa, a gente não distingue muito por categoria que como tem muito relação com o processo de trabalho a equipe toda tá envolvida, **só quando tem algum problema muito específico de categoria** [...] (E.2G).

A fala da E.2G é reforçada pela E.10G sobre o “treinamento específico”, apesar de “chamar a equipe toda para fazer parte do processo”.

[...] diversas modalidades, por exemplo, tem um treinamento bem específico, né, que a gente vai fazer com os técnicos de enfermagem, né então a gente convida os técnicos e os enfermeiros né, só que na maioria das vezes a gente procura chamar a equipe toda, né, porque a equipe toda precisa fazer parte do processo [...] (E.10G).

De acordo com Lopes e outros (2007) um dos objetivos da EPS dentro de uma instituição, é promover a participação de vários atores nas atividades educativas. Portanto, a EPS ao propor a participação de vários trabalhadores de diferentes profissões em uma mesma atividade educativa pode promover uma construção coletiva do conhecimento, uma maior interação entre eles e um melhor desenvolvimento do trabalho em equipe.

Outrossim, compreendem que a participação de toda a equipe de Saúde da Família nos processos de EPS é de extrema importância para a construção do conhecimento para que juntos possam planejar as ações de enfrentamento das demandas com possibilidade de uma melhor atuação enquanto equipe e um melhor atendimento à população.

Os gestores do CEPS e da DAB realizam as atividades tanto individualmente em cada equipe, quanto por regional, ou seja, as equipes de uma mesma região.

Normalmente é por regional [...]. Como a nossa equipe é muito reduzida à gente tem um número pequeno de profissionais que trabalham na Educação Permanente, pequeno e um número menor ainda de profissionais formados na saúde coletiva aí fica mais difícil fazer com muitos profissionais (E.2G).

A gente faz individualmente e faz o que a gente chama de regional, quando junta todos, todas as equipes, e junta todas as equipes (E.10G).

Para entrevistada 9 geralmente a maioria das atividades são realizadas para trabalhadores de nível superior e é muito difícil realizá-la, justificada na fala a seguir.

E geralmente a gente nunca faz com a equipe toda geralmente, é mais nível superior escolhe um outro de nível médio e aí capacita [...] Todo mundo do nível superior, aqui a gente foca muito mais no nível superior. [...] a gente não tem como tirar todos os profissionais pra fazer esse treinamento, mesmo porque a gestão não entende que a gente precisa tirar o profissional o dia todo pra treinar, ele acha que quando a gente tira traz prejuízo no atendimento pra comunidade [...] (E.9G).

A impossibilidade de sair todos os trabalhadores de uma equipe também é explicitada nas fala tanto dos trabalhadores quanto dos gestores.

As dificuldades eu acho que é muito ainda porque a gente precisa mudar o pensamento da gestão. Enquanto a gestão não perceber que educação permanente, se você tirar o profissional um dia pra ele voltar mais responsável e mais resolutivo, até pra ele sanar alguns problemas e algumas queixas que a comunidade tem do atendimento que é feito pela aí pra gestão, enquanto não tiver esse pensamento a gente vai ficar com essa educação permanente sendo só pontual e aquela coisa eu quero fazer minha, a gestão quer fazer sua parte de passar informação, só, simples e acabou. Enquanto não mudar esse pensamento não vejo muito avanço não (E.9G).

A quando a gente sai não, aí a gente é convidado é convidado outros, outros. [...] Não vai todo mundo não, sempre, sempre divide (E.16TS).

No entanto, para que os trabalhadores de saúde priorizem a inserção de atividades educativas e os espaços de reflexão em suas ações com vistas à qualificação da assistência, segundo Stahlscmidt (2012), é necessário que elas também sejam priorizadas e viabilizadas pelos gestores, de modo que esses, entre outras ações, procurem facilitar o afastamento temporário dos trabalhadores para que possam participar dos processos de Educação Permanente em Saúde.

Nesta perspectiva, é necessário que os gestores compreendam que as atividades de EPS também são parte do processo de trabalho da ESF e que são essenciais para o desenvolvimento de uma produção de cuidados resolutiva, integral e humanizada.

A realização de atividades educativas adequadas para os trabalhadores de saúde pressupõe, segundo Silva, Ogata e Machado (2007), que seja utilizada a metodologia da problematização, para identificação das necessidades de aprendizagem dos trabalhadores de saúde diante da realidade de trabalho em rodas de discussão.

Quanto à identificação dos temas a serem abordados nas atividades educativas para a equipe de Saúde da Família é necessário levar em consideração as necessidades de aprendizagem dos trabalhadores de saúde, as necessidades dos serviços e as demandas da comunidade a que assistem.

Destarte, os gestores tanto da DAB quanto daCEPS referiram que a escolha dos temas abordados nas ações educativas é orientada pelas necessidades dos trabalhadores de saúde.

Normalmente faz uma sondagem com os profissionais, de o que eles identificam como a necessidade que eles tem de qualificação [...] (E.2G).

[...] a gente verifica geralmente não é quais as necessidades das equipes (E.11G).

A fala da E.8G vem ratificar que muitas vezes os temas abordados nas atividades promovidas pela DAB estão em consonância com a necessidade dos profissionais com base da análise epidemiológica.

Normalmente é da demanda, da necessidade do profissional, né, onde a gente vê uma deficiência, por exemplo, é sempre com uma base estatística, epidemiológica de alguma coisa (E8G).

Tais falas leva-nos a inferir que há uma preocupação dos gestores em desenvolver atividades educativas alinhadas com a realidade e com as necessidades dos trabalhadores de saúde, o que está de acordo com o proposto pela EPS.

Os gestores daCEPS, com o intuito de identificar as necessidades de aprendizagem dos trabalhadores de saúde do município e utilizá-las para a realização dos processos de EPS, realizaram recentemente a aplicação de um questionário nos serviços de saúde do município, inclusive nas USF. Destacamos a seguir a fala de alguns entrevistados que explicitam como se dá o processo da EPS.

O questionário é para conhecer a realidade das unidades e verificar em que momento, o que precisa ser feito, trabalhado para o treinamento, as capacitações, qual é a dificuldade da instituição? [...]então a gente faz o levantamento e habilidades que se precisa [...] Então a gente quer pra conhecer a realidade das unidades e conhecer também as dificuldades (E.1G).

Os temas estão sendo escolhido pelos pelos coordenadores das unidades. [...]são eles que dentro de cada unidade estão colocando as suas dificuldades, onde é, onde é o déficit deles, onde é que ta faltando a capacitação, então esses temas são sugeridos por eles (E.2G).

[...]a gente ta fazendo um levantamento das necessidades, ouvindo a partir dele pra aí a gente fazer um cronograma das ações que vão ser desenvolvidas, que já era pra gente na verdade ter até iniciado [...] porque assim às vezes você dá uma formação e às vezes não é nem aquilo que o profissional quer (E.12G).

A estratégia de aplicação desse questionário dá a possibilidade de escolha dos temas a serem abordados nas atividades educativas coerentes com o que realmente os trabalhadores de saúde precisam; além de oportunizar a identificação de suas necessidades e a reflexão sobre seu processo de trabalho.

Os RAG 2012 e 2013 (Doc.1 e 2 respectivamente) explicitam como uma das metas a ser alcançada pela EPS o levantamento das necessidades dos departamentos no que se refere às capacitações. No entanto, em 2012 não foi realizado esse levantamento; e, em 2013 o levantamento foi realizado em 80% dos Departamentos. O RAG 2013 faz referência à parceria com o setor pessoal e com os demais departamentos para efetivar o questionário *in lócus*.

A aplicação desses questionários nos setores foi iniciado em 2013, inclusive nas USF. Mas, até aquele momento da coleta de dados desta pesquisa não tinham sido completados os resultados dos questionários, justificado pela equipe da CEPS devido a dificuldade de devolução dos questionários pelos serviços de saúde, evidenciado nas falas dos gestores.

Desde agosto do ano passado que nós estamos, fomos nas unidades, mandamos por e-mail, não tem retorno, as pessoas estão desmotivadas. Aquela discussão você viu eu lendo ali dizendo: ó estamos solicitando é a resposta. Porque os que responderam caem em descrédito, respondi uma planilha em outubro, novembro, dezembro, janeiro, fevereiro, março, abril, maio, junho, julho, né, então, é complicado. [...] Então você vai fazer esse levantamento, se você não tem a resposta de todos o que é que vai acontecer, você não vai fazer o levantamento, vai demorar pra receber, se você não recebe de todos você vai fazer uma coisa defeituosa, porque você não vai tá a realidade ali, você vai com quem, a amostragem de quem trouxe, então fica uma coisa em defasagem no meu entendimento, porque não vai ter a realidade é da do município e aí a gente tá dando um prazo até quarta-feira pra que dê esse retorno e até os outros não caia em descrédito [...] (E.1G).

[...] a gente tem um levantamento que a gente tá concluindo agora e depois de um ano de tentativa, né, é de um questionário aplicado nos setores, né, que foi onde a gente buscou identificar qual seriam as necessidades dos setores [...] (E.14G).

Na fala da E.1, observamos na prática, um dia de trabalho na EPS em que duas componentes da equipe conversavam que a maioria das USF ainda não tinham devolvido o questionário à CEPS entregue no início do ano de 2014, com o objetivo de identificar as necessidades de aprendizagem de cada uma delas. Porém, as USF que entregaram o questionário respondido estavam cobrando o resultado da pesquisa. Vimos uma outra integrante da equipe da CEPS redigindo um documento às USF para cobrar os questionários respondidos, com data apazada para fazer a identificação dos assuntos a serem abordados nas atividades educativas.

Apesar dessa solicitação, uma das gestoras refere que “Diante desse levantamento já está sendo feitos discussões, e diagnósticos, até agora pelo que a gente vê a gente a educação permanente hoje não dar conta das demandas que a atenção básica hoje tem [...]” (E26G).

Essa é uma situação real evidenciada nas USF e UBS que o município de Camaçari possui, diante de uma pequena equipe de EPS responsável por todos os processos educativos dos serviços de saúde do município.

Apesar disso, nenhum trabalhador de saúde mencionou o preenchimento do questionário referido pela CEPS quando questionados sobre como era realizado a identificação dos temas que eram abordados nas atividades. Apenas duas trabalhadoras de saúde afirmaram terem sido questionadas quanto aos temas que queriam que fossem discutidos, assim mesmo, uma indicação “sugestiva”, por exemplo, na área Saúde da Mulher.

[...] eles mandaram até em relação a saúde da mulher, solicitando o que é que a gente queria que fosse discutido, foi o único momento assim de solicitação, entendeu, por parte da gente os temas a serem escolhidos. [...] mas assim na nossa escolha só foi esse momento que eles pediram eles é mandaram formulário pra gente descrever o que é que a gente queria que fosse discutido (E.21TS).

[...] às vezes existe pesquisa, não é, da intenção que a gente tem e quais são os temas que a gente gostaria que fosse abordado, então nessas oportunidades individualmente a gente coloca um tema, às vezes, algum retorno assim, um tema (E.24TS).

Outrossim, as falas dos trabalhadores de saúde E.19, E.22 e E.23 são divergentes dos E.21TS e E.24TS, ao referirem que quando participam de atividades educativas que não são realizadas pela equipe de Saúde da Família não escolhem os temas.

Não, eles que escolhem (E.19TS).

[...] normalmente quando vem de fora não é a gente que escolhe né já vem alguém com o tema, vamos fazer uma capacitação de tal tema pra vocês tal, não tem muita interferência no assunto não (E.22TS).

Esses casos quando vem de fora não a gente só recebe já o comunicado dizendo que a gente vai ter que participar desse treinamento [...] (E.23TS).

Tais afirmações reforçam a contradição entre as falas dos trabalhadores de saúde e dos gestores, o que nos induz a inferir que realmente os trabalhadores de saúde não participam da identificação dos temas a serem discutidos nas ações educativas, o que leva muitas vezes ao não atendimento das necessidades de aprendizagem dos trabalhadores de saúde.

De acordo com Ribeiro e Mota (1996), os conteúdos só serão incorporados pelos participantes das ações educativas se forem significativos para eles. Silva, Ogata e Machado (2007) reforçam ainda que quando os participantes das atividades não estão envolvidos no processo de escolha dos temas, muitas vezes, os assuntos discutidos acabam não sendo aplicados na sua prática de trabalho.

Acreditamos que esse interesse em participar das atividades educativas vai estar diretamente relacionado com o significado que ela representa para os participantes. Portanto, ressaltamos que para a incorporação de novas práticas de trabalho pelos trabalhadores de saúde é necessário que as atividades educativas tenham sentido para eles. Porém, é imprescindível que haja a participação dos trabalhadores de saúde na escolha dos temas, de forma que eles participem do planejamento das ações educativas a que eles serão direcionadas, possibilitando que os assuntos tratados e a forma como são abordados estejam intimamente relacionados à sua realidade, ou seja, um aprendizado significativo.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2005) para ser significativa a aprendizagem deve estar diretamente relacionada à experiência afetiva que o indivíduo vive, sendo prazerosa e mobilizadora na medida em que permite ampliar a compreensão sobre o trabalho e se relaciona com o projeto de desenvolvimento de cada um. Outrossim, enfatizamos que a EPS além de tomar como referência a metodologia da problematização, também se assenta nos pressupostos da aprendizagem significativa e da educação de adultos.

A aprendizagem é mais significativa segundo Pelizzari e outros (2002), quando são adicionados novos conteúdos às estruturas de conhecimento do educando, e passa a ter significado para ele quando o relaciona ao seu conhecimento prévio.

Assim como a teoria da problematização, a aprendizagem significativa nas atividades educativas deve ter o diálogo entre o educador e o educando com a participação ativa de ambos no processo ensino-aprendizagem. Dessa forma, entendemos que os processos educativos precisam ter sentido para os trabalhadores de saúde, e os assuntos abordados e a metodologia das ações educativas devem estar relacionados à realidade de seu trabalho.

Nessa direção, os gestores E.2 e E.14 reconhecem a necessidade de realização de atividades que abordem não apenas assuntos técnicos.

Então eu acho que a gente precisa também com a educação permanente além de trazer parte de pra de teoria, a gente tem que sempre trabalhar acho que agora nesse momento é voltar a sensibilização dos profissionais com a sua profissão, com o seu compromisso ético, com seu compromisso com a comunidade (E.9G).

[...]a questão mais difícil que a gente tem hoje de entendimento é que as pessoas percebam que o [...] processo de educação permanente não é só a formação técnica é a formação pessoal também, né, porque existe um volume de problemas muito grandes relacionados, né, a insatisfação do trabalho [...] (E.14G).

Segundo Lima e outros (2007) existe dificuldade em realizar atividades educativas que vão além das dimensões biológicas, fisiopatológicas e técnicas, uma vez que não é feita a problematização da realidade a ser trabalhada, como também o exercício da prática das emoções e das relações interpessoais que há no contato entre trabalhador de saúde e usuário imprescindíveis na resolubilidade do cuidado.

Por conseguinte, a discussão de temas que estejam relacionados com a subjetividade dos trabalhadores se faz presente para que possam refletir sobre o seu compromisso ético com o seu trabalho.

A entrevistada 10 afirma que como convive com a realidade das equipes identifica as dificuldades dos trabalhadores de saúde na prática do dia-a-dia, assim, a equipe planeja as ações de acordo com esse diagnóstico.

[...]a partir das reuniões de equipe e do que a gente vê nas visitas as unidades [...] então é como se a gente houvesse, tivesse sempre fazendo um diagnóstico de como tá aquela equipe né, e a partir desse diagnóstico a gente começa a ver quais são as dificuldades, né, quais são as, as deficiências, né, e quais são também as potencialidades daquela equipe, e a partir daí a gente começa né, desse diagnóstico, é planejado uma [...] ação, né, é planejado uma outra reunião com, pra gente tratar sobre aquele assunto [...] (E.10G).

A fala desta entrevistada converge com a da gestora da DAB, E.6, ao afirmar tem tentado desenvolver atividades que estejam o mais próximo possível da realidade de trabalho das unidades.

[...] a gente tenta entender a realidade local da unidade e fazer as propostas de educação mais de acordo com a necessidade daquela, daquela região, daquela localidade (E6G).

Apesar dos gestores analisarem a realidade dos serviços em que os trabalhadores de saúde atuam, é necessário que os próprios trabalhadores também estejam inseridos no processo e sejam estimulados a refletirem sobre sua prática de trabalho.

Nas falas dos gestores os conteúdos trabalhados nas ações de EPS são identificados nas reuniões com os gestores dos serviços. Pressupomos assim, que na medida do possível há uma discussão prévia dos conteúdos a serem trabalhados numa aproximação da realidade dos serviços e população assistida.

[...] e também a gente faz alguns outros, por exemplo, faz uma reunião com os gestores e tem algum problema que os gestores trazem na roda, aí a gente vai trabalhar na educação permanente esse problema [...] (E2G).

[...] é discutido com a coordenação PACS/PSF, às vezes até a própria coordenação tem ideias assim muito bacanas, né, e discute com a gente apoiador que tá ligado diretamente a ponta e aí a gente tem sempre um retorno, né, a gente tem reuniões semanais com a coordenação. E aí a gente é discute quais temas, os temas, o que é que é mais importante de ser discutido [...] (E11G).

Os gestores E.4, E.5 e E.14 ratificam a informação já repassada nos Doc. 1 e 2, que os temas abordados pela CEPS nas atividades de EPS eram de acordo com a demanda dos serviços de saúde, pois o processo de identificação dos temas através do questionário estava sendo realizado no momento coleta de dados desta pesquisa.

Os temas são de acordo com a demanda espontânea do que está vindo dos departamentos, que eles tão solicitando, que é uma coisa que a gente fica sabendo só quando recebe a planilha do levantamento de dados de cada coordenação e algumas, alguns temas que nós achamos é necessários também produzir nesse treinamento, nesse seminário (E.4G).

[...] os outros setores solicitam a gente coopera junto (E.5G).

[...] mais infelizmente os outros dois anos, né, um ano e meio que a gente tem trabalhado foi, foi em cima de demanda né dos serviços que a gente tem hoje aqui [...] (E.14G).

Por outro lado, diferentemente das falas anteriores, segundo a entrevistada 9 os temas tratados nas atividades da EPS são de acordo com demanda do Ministério da Saúde ou da própria DAB.

Às vezes é o que aparece, por exemplo, nesse momento a gente tá focado no E-SUS, mas se as áreas técnicas, por exemplo, saúde da mulher pensou em capacitar em falar sobre sífilis, aí vai sífilis [...] (E.9G).

Percebemos assim, que algumas atividades são realizadas de acordo com temas ou Programas estabelecidos pelo Ministério da Saúde ou Secretaria Estadual de Saúde, o que, na sua grande maioria, impossibilita que haja uma participação efetiva tanto dos gestores quanto dos trabalhadores de saúde na escolha dos temas, ideia complementada pelas entrevistadas 6 e 26 a seguir.

Existe alguns outros, no formato mais de treinamento que aí elas são necessárias porque são pra estimular uma mudança de prática, que ela é pactuada em outra esfera, [...] (E.6G).

[...]a gente sabe literalmente que em muitos momentos você tem demandas que vem de cima pra baixo, né, que vem do ministério, que vem do estado, que vem da secretaria, é que vem que são é que tem que fazer [...] (E.26G).

De acordo com o estudo de Celedônio e outros (2012), o desenvolvimento da formação para o SUS no município em que foi realizado o estudo é orientado pelas ações preconizadas pelo Ministério da Saúde. E, nessa mesma direção, o estudo de Silva, Ogata e Machado (2007) evidenciou a realização de atividades educativas para os trabalhadores de saúde numa lógica vertical e programática, focada em Programas ou Campanhas de Saúde Pública. Todavia, o estudo destaca que as necessidades das atividades de EPS não devem se restringir as orientações centrais, nem apenas por demandas individuais. Pelo contrário, devem ser definidas a partir da problematização da realidade de trabalho, em que são identificadas as necessidades da organização do trabalho e de aprendizagem dos trabalhadores de saúde.

Uma dessas ações recomendadas pelo Ministério da Saúde é sobre o E-SUS, realizadas em todas as unidades, inclusive tivemos oportunidade de observá-la USFI. A justificativa dada é que objetiva implementar ações ou programas novos, ou de mudar ou adequar algumas técnicas a novas normas, baseadas em evidências científicas. Porém, na maioria das vezes, vemos que não consideraram as especificidades de cada localidade, o que prejudica o aprendizado e a utilização dessas novas abordagens.

Além disso, uma das críticas a esse tipo de atividade não está relacionada propriamente a como ela é pensada e realizada, mas sim, ao fato de que muitas vezes os gestores municipais e as equipes de Saúde da Família só realizam esse tipo de atividade educativa, porque são “obrigatórias”, e não desenvolvem nenhum outro tipo de estratégia adequada à realidade do município e das comunidades trabalhadas.

Diferentemente dos demais entrevistados da CEPS, a fala da E.26G faz referência que no início do ano a CEPS, articulada com os outros setores da Secretaria Municipal de Saúde, identificou as necessidades a serem abordadas nas atividades de EPS.

[...]a gente é no início do ano tem diálogos, tem conversas né, tem um uma, tenta se estruturar, dialogar né com os departamentos, ver as demandas[...] (E26).

Na DAB, as atividades educativas também são planejadas no início de cada ano para todo o ano, conforme é explicitado na fala da gestora a seguir.

[...]do ponto de vista sistemático assim, o que a gente escolhe no dia a dia, é a gente tem é feito o planejamento da seguinte forma: quando começa o ano a gente tem

feito o planejamento de uma forma mais geral, de frente de ação. Então a gente escolhe alguma frente de ação, que a gente entende que existe necessidade de discutir [...] Normalmente a gente oferece essa frente de ação e a equipe se adapta a o que ela vai ta entrando nesse processo (E6G).

Contudo, essa mesma gestora afirma que “em 2014 a gente teve processos de planejamento para a educação permanente um pouco prejudicado”. O que também vemos convergência na fala do E.9G.

[...] a gente tem tentado trabalhar um[...] planejamento anual só que a gente não tem conseguido fazer,eu sinto que a gente tem feito muito meio atropelado (E.9G).

É compreensível que um planejamento anual nem sempre consegue dar conta de todas as demandas que surgirem durante esse período.Por isto mesmo, ao ser realizado é necessário que ele seja pensado com flexibilidade e com possibilidades à inserção de novas necessidades.

Também, diferentemente das falas dos demais entrevistados da DAB, a entrevistada 8 refere que tem se tentado fazer um roteiro das necessidades de cada unidade.

Agora a gente ta tentando fazer um roteiro de unidade em unidade pra poder a gente ver qual é a maior dificuldade que a gente tem, onde que ta as dificuldades [...] (E.8G).

A partir desta afirmação, é visível uma preocupação em oferecer atividades educativas que se adaptem as realidades locais de cada USF, o que possibilita um maior estímulo dos trabalhadores em participarem.

Por conseguinte, as falas dos gestores entrevistados nos permitem compreender que há uma preocupação dos mesmos com a realização de atividades que estejam alinhadas as necessidades de aprendizagem dos trabalhadores de saúde.Contudo, ainda são poucos os esforços para inserir os trabalhadores de saúde na identificação das necessidades de saúde de cada espaço de trabalho. Por isso, torna-se necessário que os trabalhadores de saúde sejam compreendidos e estimulados a se considerarem protagonistas dos processos de aprendizagem.

Uma das metodologias propostas pela EPS para as práticas educativas no contexto da saúde é a problematização. Segundo Farah e Pierantoni (2003), essa metodologia propõe que o desenvolvimento do aprender e do ensinar deve ocorrer através da utilização de problemas identificados pelos educandos (participantes das atividades) na realidade que

vivem. Isso possibilitará que eles desenvolvam a capacidade de detectar problemas e de solucioná-los, influenciando dessa forma, para a formação de agentes transformadores da realidade que estejam atentos às mudanças necessárias.

A EPS considera que os processos educativos devem ser produzidos a partir da análise crítica dos problemas identificados na realidade de trabalho dos serviços de saúde e de forma participativa, onde todos estejam ativamente envolvidos no processo de ensino-aprendizagem.

O problema, que é a categoria principal na EPS, segundo Vicent (2007), vai ser construída e não diagnosticada, ele vai ser delineada na prestação do serviço a partir da percepção de todos os atores envolvidos. Esse delineamento vai acontecer continuamente de acordo com as mudanças que vão ocorrendo, permanentemente, nas necessidades de saúde, de práticas profissionais e de organização do trabalho.

Como vemos, o problema não é estanque e imutável, ele pode se modificar de acordo com o momento vivenciado, tanto em relação ao serviço de saúde (ambiente de trabalho, recursos materiais, quantidade de trabalhadores de saúde, condições de trabalho) quanto à população atendida (condições socioeconômica, biológica e ambiental).

As falas das entrevistadas a seguir evidenciam a busca do uso de metodologias ativas que possibilitem a reflexão da realidade, como a problematização, pois percebem que a utilização de metodologias tradicionais, como da educação bancária¹⁰, não surte muitos efeitos.

[...] a gente começou agora a fazer formações assim, metodologias ativas, não, saindo um pouco dessa coisa de modelo tradicional, de a vou vim você vai ficar sentadinho e alguém vai ficar falando tudo que você tem que fazer e depois você vai embora e acabou. Porque **a gente percebeu que não tava dando certo**. A gente fazia às vezes seminários né, identificava algum problema na equipe e aí vinha, trazia alguém fazia um semi, não dá certo. Porque eles voltam pra unidade e, primeiro não repassam pros colegas e não fazem, e não mudam com essa lógica [...] (E2G).

[...]aquela metodologia da educação bancária não funciona muito, a gente já sabe disso, aí **a gente procura utilizar sempre a metodologia problematizadora**, né, **a partir da reflexão do, da realidade**, né, e refletir pra poder modificar aquela realidade (E10G).

Sair um pouco da daquela é daquele formato chamado de ensino bancário, né, e isso **a gente conseguiu é avançar bastante**, né, a gente tem usado dinâmicas a gente tem usado a... um pouco a sensibilidade das pessoas pra perceberem o seu papel[...] (E14G).

¹⁰ A educação bancária para Paulo Freire (1987) se trata imposição do conhecimento que o professor realiza sobre o aluno ao passo que o professor já os havia adquirido antes podendo realizar uma ação de depósito deste conhecimento nos alunos.

[...] a nossa principal é processo mesmo né é de **ta trazendo a pedagogia crítica ativa** pra poder ta trabalhando com esses profissionais e não simplesmente ta trazendo é um modelo de uma pedagogia tradicional né (E26G).

Estes fragmentos de falas são coerentes com uma das propostas da EPS sobre as mudanças de metodologias tradicionais, tendo em vista o uso de metodologias participativas que permitem a troca de conhecimento entre educador e educando.

As metodologias tradicionais se caracterizam por se basearem na transmissão de conhecimento, em que o educador é encarado como detentor do conhecimento, e em que geralmente são priorizados os conhecimentos instrumentais para a obtenção da competência técnica (PESSANHA; CUNHA, 2009; SILVA; PEDUZZI, 2011; BARBOSA; FERREIRA; BARBOSA, 2012). Dessa forma, muitas vezes, essas atividades não conseguem solucionar as demandas do serviço.

Todavia, a EPS permite a problematização crítico-reflexiva da realidade vivenciada pelos trabalhadores de saúde, oferecendo uma maior possibilidade de mudança das práticas. Assim, segundo Lopes e Pierantoni (2003), trabalhar com problemas pode despertar no educando o interesse e o espírito crítico, o que ajuda na sua formação enquanto agente de transformação da realidade das alterações que precisam ser feitas. Daí reforçarem o uso da metodologia da problematização, pois visa aumentar a capacidade do educando em identificar e solucionar os problemas reais e descobrir as soluções.

Segundo Stroschein e Zocche (2011-2012), para romper com o modelo biologicista, no sentido de garantir os direitos do SUS, é necessário que os trabalhadores de saúde observem a sua realidade de trabalho, identifique os problemas e as possíveis estratégias educacionais de enfrentamento, relacionando a teoria com a prática. Para tanto, deve haver uma ruptura com a metodologia da transmissão do conhecimento e incorporar a metodologia da problematização.

Dessa forma, percebemos que para a transformação das práticas de trabalho em saúde é essencial a utilização da metodologia da problematização nos processos educativos dos trabalhadores de saúde, pois ela deverá estimular a criação do senso crítico-reflexivo o qual, conseqüentemente, permitirá uma reflexão sobre o seu processo de trabalho.

O entrevistado 14 traz ainda a questão de estar trabalhando metodologias que estejam relacionadas ao processo construtivista do conhecimento.

[...]a gente ta tentando buscar a [...] pedagogia libertadora, todo o processo metodológico relacionado, né, a outro formato construtivista, entendeu? E a gente tem é feito isso sem nenhum apoio pedagógico, sem nenhum apoio de ninguém de letras [...] (E.14G).

Segundo Chahuán-Jiménez (2009), no método construtivista os educandos são sujeitos ativos do seu processo de ensino-aprendizagem, em que os educadores são facilitadores, ajudando os educandos a construir seus próprios conhecimentos.

Por sua vez, de acordo com Schlemmer (2001), no construtivismo o conhecimento é compreendido como uma relação interdependente entre o sujeito e o seu meio, e é construído através da ação do sujeito sobre o objeto do conhecimento, com a interação entre eles. Além disso, as trocas sociais são essenciais para o desenvolvimento do pensamento.

Entendemos, portanto, que para a construção do conhecimento é necessário que o sujeito utilize da problematização para que haja a interação com o seu objeto do conhecimento. Assim, o método construtivista pode e deve ser desenvolvido na EPS, pois possibilita que os trabalhadores de saúde assumam a responsabilidade pela construção do seu conhecimento.

Para Carvalho e outros (2011), Barreto e outros (2012), a EPS influencia também a utilização de metodologias participativas durante os processos educativos e os processos de trabalho que vão possibilitar uma prática dialógica.

A partir de tal perspectiva, segundo a entrevistada 11 ela trabalha numa perspectiva dialética e participativa, uma vez que permite o diálogo entre os participantes e a construção dos conhecimentos em conjunto, não há imposição de conhecimentos.

[...] acredito que a gente trabalhe assim, a gente trabalha é, digamos que seja dialético também, né, a gente expõe o problema, pede soluções, pede que eles também coloquem: como é que vocês acham que a gente poderia é modificar? Então seria participativo porque a gente não dá aquilo pronto e acabou. [...] É um processo participativo (risos), porque não tem como não ser assim, tem que ser desse jeito, a gente, na verdade a gente a gestão acredita que dessa forma a gente consegue contribuir melhor (E.11G).

A fala da entrevistada 11 refere à utilização da metodologia participativa, que, segundo Melo e Nascimento (2003), permite o debate em grupo, em que diferentes profissões podem e devem participar das discussões, e, portanto, deve permitir a construção de conhecimentos interdisciplinares sobre os assuntos abordados e o desenvolvimento da competência interpessoal. Destacam ainda que essa metodologia possibilita uma maior integração da equipe de trabalho à medida que propõe espaços de discussão onde todos os profissionais estejam envolvidos.

Tivemos a oportunidade de observar a realização de atividades educativas permeadas de diálogo na USFI durante o acompanhamento da execução da prática educativa

sobre o E-SUS promovida pela apoiadora institucional, uma recomendação do Ministério da Saúde. Merece destaque que a metodologia para transmitir este conhecimento pela apoiadora institucional possibilitou e influenciou uma participação proativa da equipe, com discussões, questionamentos e reflexões dos conteúdos abordados.

Essa apoiadora institucional trouxe, além dos conceitos do E-SUS, uma reflexão sobre a prática com exemplos de casos fictícios e verídicos vivenciados por ela em outras USF. Assim, oportunizou, diante dos problemas identificados, uma participação proativa dos trabalhadores de saúde, com exposição de suas opiniões, instigando e questionando os mesmos. Dessa forma, presenciamos toda a equipe muito à vontade para questionar e participar a todo momento durante a atividade.

A participação naquele momento dos trabalhadores de saúde possibilitou também que eles identificassem quais os problemas que precisavam ser enfrentados por eles na USF e na sua área de abrangência.

Outro exemplo da utilização da metodologia participativa foi um curso sobre educação popular que foi realizado para os Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Endemias, aqui também referido pela entrevistada 3.

[...] porque na realidade o curso de educação popular ele vem com uma construção, né, [...] ele, na realidade, o pessoal eles participam muito; eles constroem e eles trazem toda a problematização e aí a construção é muito gostoso; eles vão, construindo em cima do que eles vão falando [...] colocam uma situação e aí a partir daí ele vai passando a experiência que ele vive na [...] no território e a partir dali a coisa vai fluindo e é muito bom mesmo o resultado (E3G).

Os trechos das falas dos trabalhadores de saúde E.15, E.22 e E.25 estão em concordância com a fala anterior do gestor E.3, ao afirmarem uma participação sob a forma de discussões durante as atividades educativas.

[...] passam através dos slides, a gente aborda, **dá a nossa opinião** [...] (E.15TS).

Slide, **bate-papo** assim, **tirando as dúvidas**, tal, eles tentam ser um pouco dinâmico porque também não tem muito tempo (E.22TS).

É sempre vem apresentações em data show, **dinâmica de grupo**, eles trazem alguns números do nosso atendimento, do nosso sistema de informação da atenção básica, SIAB, e então sempre tem algum pontapé pra gente tá começando a desenvolver essa atividade nova ou tá melhorando algum indicador que venha caindo, é parte mais assim por números ou por coisas recorrentes, incidência ou reincidência (E.25TS).

Pensamos que a apoiadora institucional ao permitir o diálogo e a participação de todos nas atividades educativas pode ser uma estratégia para que o conhecimento seja construído coletivamente entre os trabalhadores, e que os conhecimentos de todos sejam valorizados.

Concordamos com Silva e Peduzzi (2011) que o trabalhador de saúde deve se colocar como agente ativo do aprendizado, ou seja, ele precisa construir o seu conhecimento de forma compartilhada com os outros trabalhadores, não apenas de forma passiva, ouvindo e absorvendo o conhecimento expresso pelos outros, mas, pelo contrário, deve questionar e refletir criticamente sob o que se está discutindo para que a partir das discussões se chegue a um “denominador comum”.

No entanto, a gestora, E.9, percebe que os trabalhadores de saúde não questionam e que a equipe responsável pela realização das atividades “leva os conteúdos”, uma contradição às falas anteriores.

[...] os profissionais eu percebo que eles entram muito só [...] não questionam, não complementam [...] Então eu percebo que a gente faz muito isso, a gente leva, joga, né é algo, tipo assim paga e compra. Então muito deles fazem porque tem que fazer mais é talvez não avaliem porque tão fazendo (E9G).

A realidade colocada nesta fala mostra-nos que apesar de alguns trabalhadores e gestores compreenderem a importância da problematização da realidade para a realização das atividades educativas ela ainda não foi incorporada, efetivamente, no processo de trabalho em saúde na Atenção Básica. Além disso, vimos também que muitos trabalhadores de saúde ainda não assumiram o compromisso de protagonista das atividades desde EPS, responsáveis também do seu processo de construção do conhecimento.

Nesse sentido, as falas das E.6G e E.8G retratam que há momentos em que é necessário a utilização de metodologias tradicionais.

Quando o campo é decidiu por um tema de processo de trabalho, quando ela é um campo mais é de atividades que vão é propor uma mudança de uma prática que exista na unidade, que já tem demandas mais específicas aí a gente já tem que fazer em formato de treinamento mesmo (E.6G).

[...] alguns treinamentos precisam fazer ainda aquela estrutura, né, de, aquela mais antiga de transmissão de informação também, mas a gente utiliza muito assim problematização, a gente faz alguns grupos; a gente faz uma mistura de todas as, de todas as formas de trabalho (E.8G).

De acordo com Araujo (2012a), as ações verticalizadas que acontecem após indicação dos órgãos municipais, estadual e federal, em determinados momentos são necessárias, como para divulgação de alguma política ou prática a ser implementada nas USF. Porém, não deve ser hegemônica, até porque poderia significar um distanciamento do que é proposto na PNEPS.

Por outro lado, a entrevistada 6 afirma que a metodologia utilizada vai depender do tema da atividade. Mas, quando for um tema da atividade relacionado ao processo de trabalho usará metodologias mais ativas e reflexivas.

[...] vai depender muito de qual é o tema da atividade, é quando o tema ele tá muito relacionado, ele está relacionado ao processo de trabalho a gente usa é metodologias um pouco mais ativas e reflexivas, né, a gente usa uma metodologia mais, e inicialmente faz a reflexão do processo, como se encontra aquela equipe, pra fazer uma proposta de intervenção [...] (E.6G).

Além disso, ela faz referência a um outro processo que não foi citado que é a indicação de leituras técnicas para os trabalhadores de saúde, mas que ainda não surtiram efeito positivo, pois eles [os trabalhadores] não incorporaram ao seu cotidiano.

Na parte de transmissão de conteúdo mesmo a gente tem tentado também discutir uma sistemática muito mais é de indicar referências bibliográficas do que propriamente trabalhar as transferências é em momentos né de treinamentos com eles de exposição. Entretanto, a gente tem achado que as equipes não estão aderindo muito a essa prática da leitura de texto, de incorporar isso como um cotidiano deles (E.6G).

Apesar das colocações aqui destacadas, vemos que não existe institucionalizada a atividade de EPS em Camaçari, como verbalizado pela E.9G ao afirmar que as atividades educativas se resumem a transmissão de informações, e, por esse motivo, nem considera que são capacitações. Além disso, reforça que são atividades pontuais; não há um esforço para buscar a transformação das práticas.

[...] a gente só faz mais como informe a gente acaba nem sendo própria capacitação [...] Eu vejo que Camaçari como é muito pontual ela não trabalha muito no sentido de mudar o comportamento das pessoas [...] (E9G).

Esta fala não traduz a PNEPS, uma vez que na maioria das vezes, poderá dificultar uma das suas finalidades: “a transformação das práticas de trabalho”, o que nos leva a inferir que é urgente uma avaliação desses processos, inclusive com a incorporação de outras metodologias e/ou estratégias para fazer as transformações da prática de saúde com saberes e

práticas que atendam as demandas de saúde dos usuários nas USF e UBS, a partir de uma produção do cuidado resolutiva, integral e humanizada.

Foi relatado ainda algumas estratégias utilizadas para o desenvolvimento das atividades de EPS, como explanação, uso do datashow quando possível (apresentação de imagens e filmes), e utilização de impressos como panfletos, apostilas e materiais gráficos, referidos nas falas a seguir:

[...] mais geralmente é explanação [...] Através de data show, apresentação de filmes (E.1G).

[...] faz as apresentações com slides, didaticamente, bonitinho, a gente tenta trazer é uma coisa mais multifuncional, por exemplo, através de imagens, né de vídeo, nem sempre a gente utiliza esses artifícios pra prender né a atenção das pessoas [...] (E.9G).

[...] tem os momentos de apresentação de... Mesmo de material técnico né, através de power point, de apostilas, né, material gráfico e audiovisual [...] (E.13G).

[...] através de slide, através de é mostra pra gente, tem material também, tem panfletos, né, sempre vem também de lá da secretaria, da atenção básica (E.15)

A utilização de recursos audiovisuais permite que os participantes das atividades educativas tenham uma maior facilidade de aprendizagem do assunto em estudo.

Segundo Ferreira e Silva Júnior (1986), nas ações educativas os recursos audiovisuais devem estimular os sentidos que não são estimulados pela linguagem oral, sendo a visão o sentido que mais influencia na aprendizagem. Desta forma, quando há uma integração da linguagem oral aos materiais visuais poderá ter uma maior apreensão do que está exposto e, conseqüentemente, uma maior aprendizagem.

Além dessas estratégias, outras entrevistadas, gestoras, realizam oficinas, atividades em grupos e dinâmicas no desenvolvimento das atividades de EPS.

A gente normalmente trabalha muito com reunião de grupo, né, com é atividades mesmo, oficinas com as equipes, a gente faz alguns cursos [...] (E.2G).

Tem muitas dinâmica, e muitas oficinas também (E.5G).

Ó a gente muito faz oficinas, a gente faz em algumas áreas [...] (E.8G).

A oficina é uma metodologia de trabalho em grupo em que todos os participantes estão envolvidos no processo de ensino-aprendizagem, e o conhecimento é construído por todos através da troca de saberes e de experiência. Assim, a realização de dinâmicas e

trabalho de grupos está alinhada a proposta da EPS, pois deve permitir o diálogo e a construção do conhecimento através da discussão em grupo.

As gestoras, E.4 e E.13, referem ainda a utilização de rodas de discussão.

[...] sempre a gente abre um espaçozinho pra discussão, pra alguma pergunta, pra mesa redonda, roda, né, a gente pratica muitas rodas nesses eventos, onde você traz todos os problemas que estejam afetando aquele PSF, ta discutindo em cima daquilo [...] (E.4G).

[...] e também mediado com as rodas de conversa, né, e também dinâmicas de grupo, né, pra aquecer o momento (E.13G).

A roda de conversa é uma das estratégias proposta pela EPS, uma vez que segundo Silva, Ogata e Machado (2007) a EPS propõe que a problematização da realidade aconteça em rodas de discussão o que vai permitir que haja a participação de todos nesse processo.

Entretanto, diferente das estratégias referidas anteriormente pelas gestoras, a trabalhadora de saúde, E.24, geralmente usa a explanação, apesar de às vezes ter oficinas.

[...] tem às vezes tem oficina, eu acho interessante, normalmente é expositivo mesmo (E24TS).

A explanação de conteúdos está relacionada à metodologia da transmissão de conhecimentos repassados pelo educador, sem a participação do educando, na realidade ele participa desse processo passivamente apenas “aprendendo” tudo que lhe é transmitido.

Segundo Silva e outros (2012), a EPS pode oferecer aos trabalhadores de saúde uma forma diferenciada de aprendizado, que compreende a troca de saberes/fazer com a interseção entre o princípio teórico e a reflexão das práticas cotidianas, em que a teoria subsidie a prática e a prática seja orientada pela teoria, possibilitando, dessa forma, que a construção do conhecimento aconteça de forma contínua e interativa.

Ainda de acordo com tais autores, o princípio da EPS está atrelado com o desenvolvimento integrativo dos sujeitos uma vez que usa pressupostos como a inserção “[...] do pensar e refletir sobre as relações que se estabelecem entre o saber e o fazer” (SILVA et al., 2012, p.504). Dessa forma, referem que a EPS é uma estratégia para a transformação profissional; compreende-se que ela pode acontecer devido à articulação entre teoria e prática desenvolvida entre os trabalhadores de saúde, de acordo com a política institucional em que estão incluídos.

A articulação da teoria com a prática deverá facilitar a aprendizagem dos conteúdos abordados nas atividades educativas. A proposta da EPS em utilizar a metodologia da problematização pressupõe que haja uma articulação do conteúdo (teoria) abordado nas atividades educativas com a realidade de trabalho (prática) dos trabalhadores de saúde, para que assim eles consigam desenvolver os conhecimentos apreendidos no seu cotidiano.

Nessa direção, alguns trabalhadores de saúde entrevistados E.16, E.17, E.19, E.21, E.22 e E.25 em suas falas referem que nas atividades educativas promovidas pela Secretaria municipal de Saúde há a articulação da teoria com a prática, e, para tanto, consideram que é essencial que aconteça. A seguir destacamos três dessas falas.

É eles tentam, né, tentam. Porque tem que ter a [...], não é só conversar, conversar, conversar, mas tenta ter essa né essa simbiose entre a teoria e a prática, senão não ia adiantar nada, né, se fosse só teoria (E.17TS).

Consegue, consegue, porque eu acho que não tem muita dificuldade não porque, é como é que se diz, eles já vão explicando né como é que a gente pode abordar, como é que a gente pode falar com a comunidade, depois eles vão e falam também sobre isso, como é que aquele assunto pode ser abordado, como é que a gente vai lidar com as situações quando chegam até a gente, como deve ser a forma [...] (E.19TS).

Perfeitamente, uma vez que às vezes a demanda vem do Ministério da Saúde então ela não conta tanto com a nossa realidade, porém eles vão buscar algum elo pra lá fazendo essa [...] demanda do ministério da saúde com a gente (E.25TS).

Segundo a fala da gestora 5, mesmo as atividades que são recomendadas pelo Ministério da Saúde as pessoas responsáveis pela sua realização tem a preocupação de fazer a articulação com a realidade local, reforçada na fala da E.19TS ao referir que não é difícil conseguir articular a teoria com a prática uma vez que os educadores já abordam nas atividades como eles poderão colocar em prática o que é discutido. Assim, compreendemos que a abordagem de discutir como aplicar na prática os conteúdos trabalhados também se constitui como uma possibilidade de articular a teoria com a prática, possibilita a discussão coletiva do saber e fazer.

Por isso, o trabalho desenvolvido pelos demais trabalhadores de saúde que atuam na ESF também envolvem desde o contato com as famílias até o desenvolvimento de atividades de recuperação e promoção da saúde, prevenção de agravos, sendo importante também a realização da prática nas atividades educativas.

No estudo de Araujo (2012a), a diversidade das atribuições dos ACS, que envolvem desde o contato permanente com as famílias até o desenvolvimento de atividades de promoção da saúde e prevenção de agravos, requer, sem dúvida, que sejam incorporados nas

ações educativas não só temas que dê conta desta diversidade, mas também atividades de prática, quando a temática assim requerer.

De acordo com os gestores E.2, E.13 e E.26 os responsáveis pela realização das atividades educativas buscam fazer a articulação da teoria com a prática a partir da reflexão da prática dos trabalhadores de saúde, incentivando-os a falarem como tem sido realizado no cotidiano do trabalho e, em seguida, fundamenta com a teoria.

A gente usa normalmente metodologias ativas, então, faz dinâmicas pede para que esses profissionais traga um pouco de: como é que foi? A partir do problema, como é que foi sua vivência na prática? Então eles trazem essa experiência e aí depois a gente fundamenta com a teoria né, normalmente é assim, eles refletem, trazem um pouco da prática, e depois traz a teoria aí a gente tenta fazer esse encontro, que não é fácil (E.2G).

[...] tem dado espaço pra isso, pra gente pras pessoas que vem eles fazerem aquela articulação naquele momento tem a teoria e como é que eles estão realizando mesmo lá no espaço de trabalho deles (E.13G).

Estudo de caso né, é rodas de conversa né, de ta trazendo é aliando sim disso aqui, como é que você alinha isso aí ao seu processo de trabalho, né? Como é que você articula esse conhecimento ao seu processo de trabalho, né? Que implicações ele tem? Então assim é seria mais nessa linha (E.26G).

Uma outra alternativa para trabalhar a articulação da teoria com a prática é trabalhar textos que estejam relacionados com o processo de trabalho da ESF, conforme vemos na fala da trabalhadora de saúde, E.26.

[...] como trazer textos é que estejam ligados ao seu processo de trabalho né, é onde você tenha teorias é que estejam ligadas diretamente ao seu processo de trabalho [...] (E.26TS).

Para Albuquerque (2008) é fundamental o enfoque nos conteúdos a serem transmitidos, no entanto, é necessário discutir para quem se destinam e quais os seus interesses. Além disso, para que ocorra uma articulação consciente entre teoria e prática é essencial que o educador compreenda as demandas relacionadas à atividade profissional.

Contudo, sabemos que para haver a articulação da teoria com a prática é necessário que os trabalhadores de saúde conheçam a realidade do seu trabalho para discutirem como colocar em prática os conteúdos teóricos.

O estudo de Silva e outros (2013) destaca que a integração da teoria com a prática funciona como desencadeadora da EPS, constituindo-se como um ponto positivo da sua formação. Para tanto, é essencial essa articulação nas atividades de EPS. No entanto, segundo a E.10G não é fácil fazer a articulação da teoria com a prática.

Não é muito fácil não, os próprios profissionais na sua vivência mesmo diária é bem difícil a gente tá atrelando a teoria à prática, e as pessoas estão bem acostumados a já chegar e a tentar por as coisas em prática mesmo sem a antes partir dessa teoria, né, então é eu acho bem difícil a gente fazer essa articulação mais a gente consegue (E.10G).

Essa é uma realidade vivenciada no dia a dia dos trabalhadores de saúde. A E.9G admite que, muitas vezes, não consegue fazer a articulação da teoria com a prática, assim como a E.20TS. No entanto, quando tem alguma atividade prática muitas vezes ela acontece de forma muito rápida e com muitas pessoas, e em consequência, acaba tendo que praticar no próprio desenvolvimento do trabalho.

[...]a gente até tenta, mas às vezes a gente não consegue [...] (E.9G).

Nem sempre né, nem sempre. E quando assim, quando tem que ter né que às vezes são treinamentos que tem que ter, como, por exemplo, o teste rápido, eu acho que é muito a desejar porque num numa hora um curto um curto espaço de tempo, uma turma grande, e faz uma vez só, entendeu? Então eu acho que a [...] na prática a gente acaba que tendo que fazer na própria unidade pra poder botar em prática mesmo, se sentir seguro né, algumas coisas eu acho que tem um pouco de déficit (E.20G).

Isso reflete que muitas vezes as atividades práticas são realizadas com um número muito grande de pessoas, impedindo que todos participem da atividade prática. É necessário rever como têm sido planejadas tais atividades para que haja uma adequação na execução da EPS quer de pessoal, quer de metodologia, quer de recursos materiais.

3.4 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: o pensar e o fazer dos protagonistas

Como já discutido anteriormente, a EPS demanda a descentralização das ações educativas para que elas sejam mais adequadas à realidade de trabalho dos trabalhadores de saúde. Entretanto, é preciso que os trabalhadores de saúde da ESF assumam o compromisso com as atividades educativas no seu processo de trabalho.

As atividades educativas ao serem realizadas pela própria EqSF, devem abordar os problemas identificados no cotidiano das USF/UBS para que o processo de ensino aprendizagem ocorra com a discussão entre os trabalhadores, e que os mesmos desenvolvam as habilidades necessárias para atuarem de forma adequada às demandas da população e do serviço de saúde.

Nesta direção, de acordo com a entrevistada 9, a atividade educativa é priorizada pelos próprios profissionais da ESF do que pela DAB.

[...] muito mais educação permanente é feita pelos próprios profissionais nas suas unidades com seus com seus participantes, seus colegas de trabalho (E.9G).

Apesar de alguns entrevistados divergirem desta colocação como a E.10G, ao referir-se que essas atividades só acontecem com a presença do apoiador institucional.

[...] as reuniões quando a gente tem capacitação, treinamento, ela geralmente acontece com a presença do apoiador (E.10G).

Porém, essa realidade referida pela E.10G, não condiz com a prática observada, uma vez que observamos na USFII duas atividades, dentre elas, uma reunião de equipe para o planejamento das ações do mês seguinte, e uma atividade educativa, que em ambas as atividades a apoiadora institucional não estava presente. Todavia vimos que a atividade educativa na USFI foi realizada pela apoiadora institucional.

Segundo as gestoras E.6 e E.8, grande parte das EqSF não discute o processo de trabalho e as atividades educativas. Em geral, as unidades que as discutem possuem trabalhadores com uma formação acadêmica voltada à educação.

Entre os profissionais é, a gente tem essa demanda bem específica, existe o processo de discussão tanto do processo de trabalho, de realização dessas atividades, mas ela é pouco reconhecida pela própria equipe, talvez porque eles entendem que esse não é o papel de educação, mas, assim, algumas poucas equipes realizam processo bem estruturado de educação é entre eles, né, em que os profissionais são designados a tá discutindo demandas, e um profissional tá sempre é, ou um dos profissionais da equipe está sempre responsável por trazer a tona uma demanda e realizar essa discussão, ficar a frente desse processo de discussão. Isso a gente conseguiu perceber em algumas unidades que os profissionais eles tem uma formação muito mais ligada a esse processo de educação, formação acadêmica, por exemplo, tem profissional que tem mestrado, usam é alguns processos até de metodologias mais ativas pra tá fazendo esses processos dentro da unidade (E.6G).

É o processo de educação permanente dentro das unidades ainda é muito difícil, mesmo naquelas situações que a gente chama o profissional e pede que seja multiplicado pela equipe, que seja discutido aquilo pela equipe, quando a gente vai pra prática a gente evidencia que isso não acontece, né, **algumas unidades nem reunião pra discussão faz, outras não, são bem amadurecidas, já tem a reunião de equipe, discussão do processo de trabalho**, mas esse processo de educação permanente dentro da equipe, né, pela equipe, eles mesmos discutindo o processo, eu acho que acontece muito pontualmente (E.8G).

Ainda nessa direção as gestoras E.9 e E.11 afirmam que algumas equipes avançaram nos processos educativos e outras não.

Camaçari tem uma questão que tem uma a gente tem equipes que estão avançadas e tem equipes que estão estagnadas, tão paradas. Tem equipes que hoje conseguem fazer educação em serviço né, muito às vezes nem muito pela questão do apoio da gestão, por conta deles mesmo do compromisso que eles tem, mas tem outros que simplesmente nem uma reunião de equipe eles acham importante pra poder discutir é os planos terapêuticos pra discutir é dúvidas [...] (E.9G).

Cada equipe é uma equipe, não é isso? Então a gente tem equipes muito fáceis de lidar, e equipes flexíveis e todo mundo, né, se coloca muito afim mesmo digamos de fazer esse processo, e tem equipes, digamos equipes que não estão muito afim de digamos de... de reaprender esses novos processos de trabalho, nem de discutir, então a gente tem mais trabalho, vai mais [...] (E.11G).

A fala da gestora E.6,a pouca realização de atividades educativas está relacionada ao fato dos trabalhadores de saúde acharem que eles não devem ser os responsáveis pelo desenvolvimento dessas ações.

Eu entendo que as unidades tem feito pouco desenvolvimento porque eu acho que as unidades acham que a responsabilidade do processo de educação não é da equipe[...] (E.6G).

Essa compreensão dos trabalhadores de saúde quanto a sua responsabilização em realizar atividades educativas e quanto a sua importância para o desenvolvimento do trabalho está diretamente relacionada com a sua execução na ESF.

A entrevistada 11, ao assumir o trabalho como apoiadora institucional alertou às Equipes de Saúde da Família que é responsabilidade das mesmas a responsabilização de atividades educativas. Atividades que estão explicitadas na portaria 2488, que regulamenta a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2012).

[...]quando eu assumi [a função da apoiadora funcional] eu senti que nas equipes que eu assumi não tinha supervisão, e além de não ter supervisão não tinha esse processo continuado de capacitação, nem que fosse mensal[...] então eu fui pra minhas equipes e disse: olha, é obrigação da equipe isso, é obrigação, tá lá na [...] 2488, né, na portaria 2488, está lá bem bonitinho que deve ter isso, que deve ter aquilo, as atribuições da equipe e as atribuições por cada é profissional, que trabalha na equipe de saúde da família(E.11G).

De acordo com a PNAB (BRASIL, 2012)é uma atribuição comum a todos os trabalhadores de saúde da Atenção Básica a participação nas atividades de EPS. No entanto,

vimos que esta política é atribuição específica apenas do enfermeiro, do médico e do técnico de enfermagem contribuir, participar e realizar atividades de Educação Permanente em Saúde.

Como vemos, a PNAB não condiz com a proposta da EPS em que os trabalhadores de saúde de diversas categorias profissionais devem participar do processo de planejamento e execução das atividades educativas. É fato que a política não valorizou os saberes dos outros trabalhadores de saúde como o cirurgião-dentista, o ACS e o técnico ou auxiliar de saúde bucal, o que contraria a EPS ao respeitar os saberes de todos e considerá-los para a construção do conhecimento coletivo.

Ao permitir que os diferentes trabalhadores de saúde dialoguem e aprendam juntos sobre uma mesma temática, a EPS poderá possibilitar que cada trabalhador exponha seus saberes sem haver o empoderamento de uma determinada profissão. Deste modo, segundo Ceccim e Feuerwerker (2004, p. 59) “todos os que entram na roda têm poderes iguais sobre o território de que falam”. Portanto, defendemos todos os trabalhadores de saúde participem do planejamento e do desenvolvimento dos processos educativos.

De acordo com os trabalhadores da USFI as atividades educativas acontecem na unidade quando a Secretaria Municipal de Saúde realiza algum curso e esses trabalhadores tem o compromisso de fazer o repasse para a equipe.

[...]é ela [enfermeira] sempre se reúne com a gente, no caso teve um [...] chamado pra elas irem né que vai ter uma palestra ou alguma coisa assim na lá na coordenação aí o que é que acontece ela ó sempre nas reuniões ela ta passando pra gente alguma coisa assim é de alguma doença [...] (E.18TS).

[...]a gente reúne a equipe e repassa né o que a gente recebe de orientação, [...] de alguma modificação, todos os critérios, tudo isso a gente ta sempre repassando, pra pras outras né, pras outras colegas, então a gente ta se reúne, a equipe se reúne pra poder ta sempre passando essas informações e dando essas orientações [...] (E.20TS).

[...] mas sempre que ta é passado na da secretaria alguma informação nova, tipo vacinas novas, mesmo que a gente não reúna pra discutir só isso, na reunião, reunião mensal são colocados essas atualizações [...] (E.21TS).

Divergindo-se dessas falas, a entrevistada 19 afirma que na USFI não são realizadas atividades pela própria equipe, e enfatiza que foi planejado o desenvolvimento de algumas atividades educativas sobre temas do dia a dia que serão realizadas pela enfermeira da unidade.

[...] pelo menos, eu tenho aqui 2 anos nessa unidade, não sei se antes de mim teve mas até [...] de quando eu to não, ainda não (E19TS).

Segundo a entrevistada 21 não tem ocorrido atividades educativas ultimamente devido a enfermeira ter se afastado um período da USF.

Realizamos, só que assim é devido algum não é nem problema, mas ultimamente né o enfermeiro ficou afastado durante um período, entendeu? Então daí não foi colocado outra, a demanda ficou muito é intensa pra médica, então isso aí foi diminuindo, e quando a enfermeira voltou reuniu todo mundo pra poder ver se a gente volta a fazer, a gente marcou um mais não conseguiu fazer por causa da realmente dessa demanda reprimida do pré-natal, principalmente, planejamento, então, mais eu acredito que daqui pra o próximo mês, no próximo 2 meses vai dá pra gente ta discutindo [...] (E.21TS).

Na fala da E.21TS é notória que a não substituição da enfermeira na USF na sua licença maternidade. É compreensível que a falta de um trabalhador de saúde na unidade vai aumentar a demanda para outro trabalhador, nesse caso quem se ausentou (enfermeira) é geralmente o membro da equipe de Saúde da Família que assume a realização de atividades educativas, como mostra os estudos realizados por Barbosa, Ferreira, Barbosa (2012) e Zavarese da Costa e outros (2010), em que o principal responsável pela realização de atividades educativas é o enfermeiro.

Uma realidade, também encontrada neste estudo, pois, geralmente a ‘enfermeira’ ou ‘médica’ são as responsáveis pela realização das atividades educativas.

[...] a enfermeira, se for o caso a médica também participa (E.15TS).

[...] antigamente a médica que gostava mais de fazer esses tipo de palestra, já se responsabilizava, agora a enfermeira se responsabiliza, né. Mas geralmente é as palestras, os cursos são dados lá pela atenção básica, geralmente (E.17TS).

Assim, a ausência da enfermeira, sem um substituto, ocasionou um sobrecarga de trabalho à médica, o que levou a supressão da realização de atividades educativas para a equipe de Saúde da Família. No entanto, a EPS é uma atividade coletiva, que outros trabalhadores de saúde também deverão ser responsáveis pela sua condução.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2005) uma das dificuldades para a participação dos trabalhadores de saúde em cursos, palestras, seminários, entre outros, é a sobrecarga de trabalho. Além disso, as requisições do cotidiano levam esses trabalhadores priorizarem outras atividades em detrimento das atividades educativas.

Para Stroschein e Zocche (2011-2012, p.511) quando o trabalho coletivo não é prioridade dos atores envolvidos ou não acontece, permite que haja “[...] a reprodução de práticas de cuidado e formas de pensar individuais engessadas”.

Porém, na USFII, observamos na prática no decorrer da coleta de dados que as atividades educativas acontecem frequentemente, convergindo-se assim com a fala desse trabalhador de saúde.

[...] sempre tem alguma atualização de uma coisa [...]Acontece hoje mesmo vai ter um, a colega técnica tá fazendo nível superior em enfermagem vai fazer uma ‘capacitaçãozinha’ pra gente, é dessa forma uma ‘atualizaçãozinha’[...] se a gente, se um profissional sai ou alguns saem pra fazer uma capacitação fora sempre a gente traz em reunião, capacitam os colegas, né, passam pros colegas o que aconteceu (E.22TS).

Em outra oportunidade, também presenciamos uma reunião de equipe da USFII realizada na primeira segunda-feira do mês de setembro para o planejamento do mês de outubro. É rotina nessa unidade que toda primeira segunda-feira do mês a equipe planeje as atividades coletivas a serem realizadas no mês seguinte. Eles se encontram todas as segundas-feiras à tarde, sempre na perspectiva de realizar duas (2) reuniões de equipe, uma (1) capacitação e um (1) grupo (sala de espera). Naquela reunião ficou decidido que no mês de outubro haveria uma capacitação sobre traumas odontológicos, que teria como responsáveis a cirurgiã-dentista e a ACD, uma sala de espera sobre saúde da mulher, uma reunião de equipe, e uma reunião para o planejamento do mês de novembro 2014.

Também, percebemos que todos os trabalhadores de saúde da USFII participam do planejamento das ações a serem desenvolvidas na unidade, tanto as assistenciais quanto as educativas, opinando sobre as atividades a serem realizadas, como é exposto referido pelo trabalhador de saúde, E.25TS.

No planejamento mensal a gente sempre vai procurar algum tema pra tá desenvolvendo esse que a gente chama o momento de capacitação aí nós vamos ver a disponibilidade de alguém, alguma data especial [...] Mas de uma forma geral ela é passada pra algum dos membros e esses membros ficam responsáveis de transmitir pra toda a equipe [...] (E.25TS).

Assim, na USFII qualquer trabalhador de saúde pode ser responsável pela realização das atividades educativas, em consonância com o proposto pela EPS uma vez que todos podem e devem participar das atividades educativas (BRASIL, 2004).

[...]aí é pode escolher dois, três da equipe, quatro, dependendo de como for o tema, como hoje mesmo vai ser eu, um ACS, duas técnicas de enfermagem e a recepcionista, vão ser 5 pessoas pra fazer a encenação, e uma técnica de enfermagem depois vai passar os slides e nos explicar todo o assunto (E23TS).

Todos realizam, é todos realizam, dentro da sua área às vezes a gente faz também fora da área [...] (E24TS).

Nesta perspectiva, segundo Zavarese da Costa e outros (2010), quanto mais próximos das atividades educativas maiores as condições de mudanças dos trabalhadores de saúde, uma vez que eles se colocam como sujeitos proativos para a realização das mudanças necessárias no setor saúde, tornando-se responsáveis pelas atividades de EP no seu ambiente de trabalho.

Segundo a entrevistada 15 geralmente na USFI os ACS são responsáveis pelas atividades; o E.15TS concorda com o E.11G ao confirmar que até o momento só conseguiu fazer com que aconteça o processo de educação voltado para os ACS.

Não vou dizer que é capacitação da equipe inteira ainda, já consegui um ganho com os ACS (E.11G).

Olhe, linha de frente mesmo somos nós os agentes comunitários (E.15TS).

Muitas vezes, gestores e trabalhadores acreditam que o ACS é o único trabalhador da ESF que necessita participar de atividades educativas por não ter uma formação específica como profissional de saúde. Porém, isso não condiz, pois todos os trabalhadores de saúde precisam permanentemente de formação para a aquisição de conhecimento para atuarem com segurança e competência no enfrentamento aos problemas/necessidade de saúde do cotidiano do trabalho.

No entanto, de acordo com os outros entrevistados, tanto na USFI quanto na USFII, durante as atividades desenvolvidas pela equipe de saúde da família os participantes das atividades são toda a equipe.

[...] todo mundo participa. Porque, quando tem palestra assim todo mundo passa, não é só uma pessoa, não tem pessoa específica não. Da agente comunitária a médica, todo mundo participa (E.16TS).

Toda a equipe, até o auxiliar de higienização participa (E.22TS).

Isso está de acordo com a prática observada na USFII em que uma atividade educativa sobre Suporte Básico de Vida que, inicialmente, foi realizada uma apresentação com a participação da ACD, um (1) ACS, uma (1) recepcionista, e uma (1) técnica de enfermagem, e posteriormente houve a explanação sobre o assunto por uma técnica de enfermagem.

De acordo com Stroschein e Zocche (2011-2012), ao ser construída coletivamente, a EPS permite aos sujeitos envolvidos nesse processo a construção de “acordos coletivos, ações estratégicas em saúde, protagonismo, transformação das práticas de atenção,

de gestão e de controle social e produção de políticas enraizadas nos princípios e nas diretrizes do SUS”, e afirmam ainda que a realização da problematização com uma equipe interdisciplinar é um das bases necessárias para transformar as práticas de saúde tradicionais, biologicistas e medicalizadas.

Para Saupe e outros (2005), a interdisciplinaridade é essencial para que haja de fato o trabalho em equipe, ou seja, o trabalho articulado entre as diferentes profissões de saúde, em busca de soluções dos problemas dos usuários e para uma maior qualidade da assistência prestada.

Assim, é visível que a EPS deve permitir o diálogo entre as diversas profissões e a construção do saber a partir de diferentes olhares e perspectivas, o que contribui para a integração da equipe, e possibilita o desenvolvimento de um trabalho em saúde inter e multidisciplinar, oferecendo maiores condições para uma assistência à saúde integral e resolutive.

Porém, os temas abordados durante as atividades educativas devem ter sentido para os trabalhadores de saúde partindo da sua realidade de trabalho. Nesse sentido, com relação a escolha dos temas abordados nas atividades educativas na USF II, as falas dos entrevistados 22, 23 e 25 são convergentes ao afirmarem que na unidade os temas são escolhidos de acordo com as datas comemorativas, com doenças novas ou agravos ocorridos na área de abrangência.

Normalmente nós vemos assim as datas comemorativas, tipo assim vai ter é dia da mulher a gente vai procurar um tema voltado pra saúde da mulher [...] Se tiver uma doença nova, alguma coisa assim a gente tenta buscar um tema que puxe aquilo dali (E.22TS).

[...]eu pego o cronograma de o ano todo o que é que vai ter esse mês, o que é que vai ter de importante, vai ser um outubro rosa, vai ser, entendeu? Aí nesse mês o que tiver de importante na data, nas datas comemorativas, na data que tem a gente faz em cima disso (E.23TS).

Então a gente vai trabalhando nessa perspectiva dessas datas comemorativas e sempre lançando algum tema que são pertinente com isso, com alguma demanda que surge na unidade tipo um surto de dengue, um surto do de desidratação [...] (E.25TS)

Nessa perspectiva, a entrevistada 24 complementa que os temas são sugeridos, e que quando algum componente da equipe realiza alguma atividade educativa fora da unidade repassam para toda a equipe posteriormente.

É, são sugestões, sugeridos, muitas vezes também é alguém ou é mais de uma pessoa da equipe toma, recebe um curso, um treinamento, e essa pessoa se encarrega de vir e repassar esse treinamento pra gente (E.24TS).

Ainda na reunião de equipe da USFII observamos que seus integrantes tentaram desenvolver uma atividade educativa para os trabalhadores de saúde da unidade que estivesse relacionada ao tema da atividade realizada no mês anterior. Mas, perceberem que isso não seria possível. Para escolherem o tema da atividade a ser realizada no mês seguinte consultaram as datas comemorativas do mês de outubro para programar as ações. Na oportunidade a ACD citou as datas comemorativas do mês, e como no dia 25/10 era o dia do dentista então, no dia 22/10 foi programada uma capacitação que os responsáveis seriam a dentista e a ACD. Qual seria o tema a ser abordado? Inicialmente o enfermeiro disse que o tema seria livre; em seguida, a dentista questionou qual seria o tema, o enfermeiro solicitasse à equipe que opinasse, mas, como ninguém o fez, a dentista sugeriu como tema “traumas odontológicos” referindo que seguiria a mesma linha da capacitação anterior que foi sobre Suporte Básico de Vida, e todos concordaram.

Como vemos, uma escolha que não foi oriunda da problematização da realidade dos trabalhadores de saúde. Em nenhum momento se reportaram a análises das necessidades de aprendizagem de algum dos componentes da equipe, ou das necessidades da comunidade para a escolha do tema. A EPS propõe que os temas abordados nas atividades educativas sejam identificados mediante a problematização da realidade de trabalho e não a partir de datas comemorativas, como vimos na USFII. Isso faz com que muitas vezes os temas não estejam relacionados às necessidades da equipe, apesar de serem escolhidos em conjunto.

Ao serem questionados sobre como é realizada a identificação das necessidades de aprendizagem os entrevistados referiram que na USFI ocorre de forma diferenciada, tomando como referência as necessidades referidas pelos trabalhadores de saúde, e as necessidades identificadas pela enfermeira e/ou médica.

[...] ela deixa pra gente escolher, a gente que dá opinião também. Nós, nós também temos assim essa escolha, vai lá e a eu quero esse, o mais votado o que escolheu aí ministra (E.15TS).

[...] esses assuntos a gente se reúne com a enfermeira, com as agentes comunitárias aí ela diz cada, cada, pra cada ocasião, né, o que é que precisa pra ser falado é geralmente é em acordo é o que ela achar que tá mais necessitado [...] (E.18TS).

[...] não é assim por conta da gente, ela é sempre vai mostrando o que tenha mais necessidade [...] ela sempre tá direcionando a gente (E.18TS).

Às vezes a gente vê a necessidade daquilo, às vezes, por exemplo, se o ACS, se um ACS traz um problema pra gente a gente acolhe né, ou às vezes eu e [...]

(enfermeira)¹¹ mesmo a gente vê a necessidade de alguma coisa né, a gente combina e tal, coloca pra eles também, e sempre é assim de comum acordo [...] (E.20TS).

A fala da entrevistada 18, por sua vez, refere que a enfermeira deixa os trabalhadores escolherem, mas ao mesmo tempo se contradiz ao afirmar que a enfermeira é que mostra o que é necessário abordar.

Ao escolherem os temas a serem discutidos os trabalhadores de saúde tem a oportunidade de relatarem suas necessidades, suas dúvidas. Por isso, é importante que os trabalhadores de saúde sejam ouvidos, para que se sintam partícipes desse processo de desenvolvimento das atividades educativas.

No que diz respeito à estratégia utilizada, apesar da EPS orientar a metodologia da problematização nos processos educativos nenhum dos entrevistados, de ambas as equipes, fizeram referência ao uso dessa metodologia.

Quanto às estratégias utilizadas nas atividades educativas, na USFI as entrevistadas 20 e 21 referem que geralmente não utilizam recursos como o datashow diante da dificuldade em consegui-lo na DAB. Por esse motivo, na maioria das vezes, utilizam outras estratégias como discussão, diálogo e explicações.

[...] a gente tem dificuldade de espaço, de material né, então é [...] explicação mesmo, na verdade a gente não tem muita coisa a fazer não é até vídeo é difícil, data show é difícil [...] então a gente é mais no papo mesmo, e quando dá no bate-papo. [...] E discutir, entendeu? A gente tenta é dialogar, entendeu? Tirar dúvidas, perguntas e respostas e né pedir que tirem dúvidas [...] (E.20TS).

Assim como a equipe é pequena né é geralmente é tem explicação e discussão mesmo, né discussão, e as meninas são bastante são bem falantes [...] (E.21TS).

Segundo Sarreta (2009), a educação problematizadora visa cooperar na relação entre os sujeitos, a partir de uma atitude dialógica, de troca de informações e de experiências, para o reconhecimento da existência dos saberes distintos, dando um sentido de totalidade e integralidade ao trabalho. Nesta perspectiva, vemos que é imprescindível que haja o diálogo durante as atividades educativas para que os participantes se sintam a vontade para questionar e participar para que de fato construam um conhecimento coletivo que faça sentido para eles.

No decorrer da nossa observação, tanto na USFI quanto na USFII presenciamos o diálogo e a participação dos trabalhadores de saúde. Todavia, nas atividades educativas realizadas na USFI (E-SUS) houve uma maior participação dos trabalhadores de saúde.

¹¹ Nesse momento da entrevista a entrevistada citou o nome da enfermeira da USF, por esse motivo suprimimos e colocamos “enfermeira” para que os leitores compreendam qual profissional foi citado.

Na USFII, por sua vez, de forma parecida com as atividades realizadas pela DAB e CEPS, os trabalhadores de saúde referiram várias estratégias para realização das atividades como o uso de quadro branco, distribuição de panfletos, imagens, datashow, e até dramatização/teatro.

Normalmente assim bate-papo, slide, a gente faz panfletinho, ou alguma coisa nova como a caderneta do adolescente é uma coisa nova que tá chegando ainda agora, a gente ainda não tem na verdade e a gente passa uma ilustração vai escutando, não tem muito (E.22TS).

É data show, pode ser a encenação que como a gente vai fazer um teatro, e faz a palestra, faz a palestra, é mais ou menos essas coisas assim (E.23TS).

A, a criatividade que manda né (risos), você viu a semana passada que teve até teatrinho né, então é usa os recursos que tem né teatrinho, é ou então só escreve em quadro, não é quando dispõe também, que a gente não a ainda não temos o data show, mas quando a gente tá, está com esse recurso usa também. Às vezes só o a tela do notebook. O que a gente dispõe a gente usa (E.24TS).

[...] pode ser desde uma apresentação em slide a gente faz um papel, um ofício e distribui pra todo mundo, ou uma apresentação no quadro branco, traz o depoimento, busca alguma coisa na internet [...] (E.25TS)

Ressaltamos, nesta oportunidade, que a realização de dramatização/teatro é um momento importante para articulação da teoria-prática, pois pode possibilitar que as pessoas que participam da atividade uma compreensão com mais clareza de que forma podem proceder em cada momento.

Para Sarreta (2009), a EPS deve se estruturar na realidade vivenciada com a troca de experiências cotidianas dos trabalhadores de saúde. Para tanto, é salutar motivar a construção de novos saberes e práticas por meio da promoção de atividades educativas realizadas com a interlocução e a interação dos conteúdos com a realidade, ou seja, teoria articulada com a prática, continuamente reconstruídos.

Nessa direção, as falas dos trabalhadores de saúde E.20 e E.25 respectivamente, da USFI e USFII, são convergentes ao afirmarem que para tentar realizar a articulação da teoria com a prática eles utilizam exemplos da prática de trabalho deles, de situações que foram vivenciadas por eles no serviço de saúde ou pelas pessoas da área de abrangência, e até mesmo com fotos e textos.

Dependendo do assunto e material que a gente tem né, a gente utiliza, ou então vamos pra prática mesmo no diário, no dia-a-dia né, então aquilo que a gente explanou elas vão vendo no dia adiante né, como é que é feito, como é que, como é que se dá né. Ou a gente utiliza aquilo que tá acontecendo como exemplo né, do que acontecendo errado, fazer o certo [...] (E.20TS).

Como nós fazemos um trabalho de saúde da família nós somos bastante íntimos das pessoas das famílias então a sempre vai ter lançar mão de algum exemplo local: lembra do senhor fulano de tal, da senhora fulana de tal. Então essas pessoas vão ta sendo exemplos e facilmente vai ter essa associação do que nós estamos falando ali cientificamente e do que eles veem no dia adia, então esse link é feito a partir de coisas locais [...] com fotos, textos [...] (E.25TS).

É importante que haja essa interlocução entre o conteúdo discutido e a realidade em que atuam para que de fato eles consigam aprender o assunto uma vez que ele fará sentido para os mesmo.

Para a trabalhadora de saúde, E.18, a articulação da teoria com a prática permite que os trabalhadores de saúde conheçam outras possibilidades de desenvolver suas atividades diárias.

[...] todo mundo sabe fazer um café, um exemplo né, mas se você me perguntar como é que eu faço o café talvez eu não faça igual a você, mas que no final o café tanto meu quanto o seu [...] é o café do mesmo jeito, né isso, mas só é aquela a forma de como fazer [...] eu acho que é bom, incentiva é [...] outra experiência, é a gente tem outro, a gente vê as coisa com uma outra, a gente tem outra visão, porque você já pensou se nem tudo pode ser só daquele jeito, as vezes tem outra forma mais prática da gente fazer as coisas, às vezes até coisas que a gente se passa, né, eu acho que é bom (E.18TS).

No fragmento desta fala é visível que os partícipes poderão discutir novas práticas, conhecer outros meios para execução do trabalho com mais facilidade. Daí vemos que a articulação da teoria com a prática deve ampliar as chances para a transformação das práticas de trabalho. Um exemplo aqui colocado na fala da E.23TS, a partir da articulação da teoria com a prática.

Ó quando tem algumas atividades assim que como essa agora que vai ter hoje que a gente consegue fazer a prática juntamente depois com ela explicando no datashow consegue, tem alguns que não que só é mesmo pra palestra, um [...] maneira da gente de explicar e mostra assim figuras, como é que é o caso [...] (E.23TS).

Por sua vez, a entrevistada 24 refere a complexidade dessa articulação (teoria com a prática), devido dificuldades no processo.

É complexo. A articulação da teoria com a prática, então é a gente consegue eu acho que diríamos em parte né, parcialmente, em todas as instâncias né tanto em relação a é ao apoio matricial assim e a gente também existe fatores que limitam, né, essa intenção essa esse desconhecimento de teoria com a prática (E.24TS).

Infelizmente, nas USF em que realizamos este estudo não há registros sobre as atividades realizadas por elas ou para elas em seu ambiente de trabalho, o que dificultou comparar a realidade exposta pelos entrevistados com a prática propriamente dita. De acordo com Araujo (2012a) isto pode evidenciar uma prática histórica nas unidades de saúde, que é o não registro sistemático das atividades que são realizadas, inclusive as de natureza educativa.

Porém, percebemos que na USFI os processos educativos ainda são incipientes; não há um planejamento das ações de saúde, apesar da equipe ser participativa nas atividades educativas. Já na USFII, vimos que as atividades educativas estão mais estruturadas, a equipe realiza o planejamento em conjunto, qualquer profissional pode ministrar as atividades, os recursos utilizados por estes são variados. Apesar da metodologia adotada ainda não ser a da problematização, e a identificação dos temas a serem abordados nas atividades não ser a mais adequada, compreendemos que a USFII tem uma maior proximidade com o proposto pela PNEPS do que a USFI.

Enfim, consideramos que é necessário um maior conhecimento de todos os trabalhadores de saúde acerca das propostas da EPS, para que ela possa ser colocada em prática.

4 RESOLUBILIDADE DA PRODUÇÃO DO CUIDADO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E A CONSTRUÇÃO DE SABERES E PRÁTICAS: o protagonismo da Educação Permanente em Saúde, mas na prática, “a teoria é outra”

Segundo a PNAB (BRASIL, 2012) a Atenção Básica para contribuir com o funcionamento das RAS deve **ser base**, primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do sistema, com o mais elevado grau de descentralização e capilaridade; **ser resolutiva** – a partir da identificação de riscos, necessidades de saúde, com o uso de diferentes tecnologias de cuidado individual e coletivo; **coordenar o cuidado** desde a elaboração, acompanhamento e gerenciamento de projetos terapêuticos de cada indivíduo, e o acompanhamento e organização do fluxo dos usuários entre os níveis de atenção das RAS; e, **ordenar as redes** para identificar as necessidades de saúde dos usuários dos serviços de Atenção Básica, para o encaminhamento aos níveis de atenção quando necessário, no intuito de colaborar para que a programação dos serviços de saúde seja orientada pelas necessidades de saúde dos usuários.

No Brasil a Estratégia de Saúde da Família, uma das estratégias para a reorganização da Atenção Básica, é condição *sine qua non* que sua equipe desenvolva as ações para sua efetivação enquanto um serviço de saúde resolutivo que coordena o cuidado e ordena as redes de atenção.

Assim, segundo Oliveira (2009, p.31), os serviços de saúde e os trabalhadores devem estar prontos para trabalhar com as necessidades de saúde dos usuários, compreendê-las e “produzir significados sobre suas naturezas e na relação com os sujeitos implicados como o momento de produção e consumo de saúde, buscando, além da autonomia dos sujeitos também a resolutividade das demandas de saúde”.

No entanto, ela ressalta que a resolutividade não deve ser compreendida apenas como uma simples execução de tarefas prescritas, nem pela igualdade com que se trata a realização de consultas com procedimentos e com as resoluções dos problemas de saúde. Dessa forma, reforça que para o desenvolvimento de uma intervenção mais resolutiva é necessário uma abordagem mais integral dos problemas de forma interdisciplinar que possa responder às suas várias dimensões que vão além do desenvolvimento de ações individuais.

Assim, diante das práticas educativas realizadas no município de Camaçari tentamos neste item discutir como vem sendo processada a EPS na construção dos saberes e práticas para o desenvolvimento do trabalho na ESF, considerando-se as possíveis contribuições e limites no processo de trabalho, como também sua influência na resolutividade

da produção do cuidado, a partir das seguintes dimensões: capacidade técnica; trabalho em equipe e intersetorialidade.

Ao produzirem o cuidado, os trabalhadores de saúde, de acordo com Franco (2013a), produzem, concomitantemente, a si mesmos, como sujeitos. Daí, trabalho, ensino e aprendizagem coexistirem nos cenários de produção da saúde como processo de cognição e subjetivação, ocorrendo ao mesmo tempo como demonstração da realidade. Todavia, sugere que a ação pedagógica deve provocar processos de subjetivação associados aos de cognição, para que a educação possa colaborar no desenvolvimento de sujeitos, compreendidos como coletivos capazes de intervir na realidade com a finalidade de transformá-la.

Deste modo, entendemos que o principal objetivo da educação na saúde é fazer com que essa ampliação da incorporação do conhecimento dos trabalhadores de saúde e da sua subjetivação possam intervir na realidade em que atuam, de modo que provoquem as mudanças necessárias para a melhoria da qualidade das ações de saúde prestadas, e, consequentemente, para a resolubilidade da produção do cuidado.

No entanto, para que isso aconteça, concordamos com Franco (2013a) ao ressaltar o caráter inseparável entre produção do cuidado e produção pedagógica quando se refere à EPS, uma vez que o trabalho está na pedagogia e, por conseguinte, não podem ser dicotomizados. Mas, fazemos uma ressalva que a experiência que poderá influenciar os sujeitos do processo educacional só acontece se existir, concomitantemente, uma parceria trabalho e educação, atuando transversalmente, nos cenários do SUS.

Tal realidade vem reforçar que a EPS deve acontecer nos serviços de saúde do SUS para possibilitar que o processo de ensino-aprendizagem e a construção de saberes e práticas aconteçam dentro dos próprios serviços de saúde baseados na realidade em que os trabalhadores de saúde atuam, para que a educação e o trabalho em saúde compartilhados possam fazer as transformações das práticas de trabalho em prol da defesa da vida dos cidadãos.

Todavia, segundo Freitas e outros (2012), atualmente, diante de tantas propostas de transformação, é necessário saber questionar, criar e acumular conhecimentos e experiências para o desenvolvimento de mudanças de práticas tanto da gestão quanto da assistência.

Outrossim, compreendemos que saber questionar deve estar intimamente relacionado com a reflexão das práticas de trabalho, em que os trabalhadores de saúde e gestores poderão analisar e avaliar suas ações e, a partir daí, poder identificar as necessidades de mudança. Esta afirmação tem o respaldo da fala da gestora, E.2, ao referir as atividades

educativas para o desenvolvimento do trabalho na ESF, permitindo uma reflexão da prática de trabalho.

[...] pegar os profissionais e fazer com que eles reflitam o que é que eles tão fazendo né, pra sair um pouco do ativismo porque às vezes o profissional tá ali, tá atendendo, tá fazendo aquela atividade e não para, não tem um momento, principalmente equipes que não tem reunião né [...]. Então esses momentos auxiliam pra que esses profissionais possam refletir: como é que eu tô trabalhando? Isso, eu tô conseguindo alcançar os objetivos, as metas que são propostas? Eu acho que assim, o principal ganho é esse (E.2G).

Ao refletirem sobre as práticas de trabalho, os trabalhadores de saúde poderão ter a oportunidade de analisar como tem desenvolvido seu trabalho e como poderão alcançar os seus objetivos, ideia reforçada também no estudo de Paulino, Souza e Borges (2010), cujos resultados evidenciaram que as capacitações são importantes, pois, além de oferecerem conhecimento técnico-científico, fazem os enfermeiros [e demais trabalhadores de saúde] refletirem sobre como estão trabalhando e como podem melhorar o seu trabalho.

A reflexão das ações cotidianas durante os processos educativos de acordo com Costa e outros (2010), permite que ocorra a apropriação do trabalho pelos trabalhadores de saúde. Assim, a EPS, entendida como instrumento, pode ajudar na organização do trabalho para alcançar o seu produto, conforme os objetivos demandados que expressam a possibilidade de dar respostas adequadas aos problemas e as demandas de saúde da população.

Entendemos, portanto, que a reflexão da realidade de trabalho além de ser fundamental para a aquisição de conhecimentos durante as atividades educativas, deverá possibilitar que os trabalhadores de saúde (re)conheçam as especificidades do seu trabalho com a identificação dos problemas, dificuldades e potencialidades para, a partir daí, ter a sua resolubilidade.

No entanto, para Freitas e outros (2012), a inclusão de práticas inovadoras em saúde exige da ESF uma reflexão sobre os processos de trabalho e a gestão dos trabalhadores nos serviços. Isso traz a discussão de que processos de trabalho que priorizam procedimentos técnicos e burocráticos devem influenciar no desenvolvimento de uma assistência fragilizada dos trabalhadores de saúde aos usuários dos serviços, o que gera um afastamento de uma prática integral e acolhedora.

A partir da mudança da prática orientada para a integralidade, a formação em saúde, segundo Lima e outros (2012), deve ser pautada em processos educativos e dinâmicos

que contribuam com os avanços sociais e sejam desenvolvidos continuamente, permitindo que os trabalhadores de saúde conduzam um trabalho fundamentado pelos princípios e diretrizes do SUS. Portanto, ressaltamos mais uma vez que as atividades educativas para os trabalhadores de saúde devem ser focadas na reflexão da realidade, por compreendermos que eles poderão influenciar o desenvolvimento de práticas de saúde defendidas nos princípios do SUS, em consequência da sensibilização desses gestores e trabalhadores de saúde.

Nessa direção, segundo Araujo e Rocha (2007), para que ocorra a formação dos trabalhadores de saúde na perspectiva da integralidade deve haver uma reflexão sobre a abordagem do usuário de como ele deve ser percebido em seus sofrimentos e no contexto em que vive. Assim, como também, é viável a proposição de soluções inovadoras para os problemas dos sujeitos, para que haja soluções para as novas demandas, que anteriormente estavam invisíveis ou negligenciadas, e que agora se tornam explícitas.

As contribuições das atividades educativas colocadas pela entrevistada 2, são completadas por outros entrevistados, dentre elas, aumento do conhecimento, facilidade para o desenvolvimento do trabalho, crescimento profissional, melhoria do trabalho, poder responder à comunidade, identificação das demandas da comunidade, melhoramento da qualidade da assistência, maior satisfação do trabalhador com o trabalho, e do usuário com o atendimento prestado, possibilidade de mudanças de prática, e autonomia dos trabalhadores sobre “fazer mais”.

Diante destas inúmeras contribuições das atividades educativas para o trabalho da ESF aqui referidas vemos que elas estão diretamente relacionadas com o desenvolvimento da **capacidade técnica** dos trabalhadores de saúde das USFI e USFII, por entendermos a capacidade técnica como os saberes tecnológicos e as habilidades que os trabalhadores de saúde necessitam para atuarem na ESF, intervindo nas necessidades de saúde dos usuários em busca da sua resolubilidade.

No entanto, apesar dessa capacidade técnica, considerando a importância do conhecimento para o desenvolvimento das ações, não podemos ignorar o estabelecimento de vínculo com as pessoas assistidas. De acordo com a entrevistada 1, a falta de conhecimento pode dificultar o vínculo com a comunidade, uma vez que os usuários do serviço não vão confiar nas ações do trabalhador de saúde.

[...] existe vários aspectos na família que muitas vezes quando o profissional ele não tá habilitado ele vai realmente não ter sucesso, porque o usuário não confia no profissional, ele vai se fechar, e muitas vezes muitos saem pra gente e dizem assim, por serviço social, pro assistente social, não entendi nada que o medico disse, o que significa isso? (E.1G).

O vínculo está relacionado com a construção de um relacionamento interpessoal de compromisso, respeito e confiança entre trabalhador/usuário. Segundo Silva (2014), o vínculo do trabalhador de saúde com os usuários dos serviços de saúde aumenta a eficácia das ações de saúde e beneficia a sua participação durante o atendimento, uma vez que, de acordo com Pires, Rodrigues-Neto e Nascimento (2010, p. 625), “A inter-relação destes sujeitos dar-se-á a partir de um encontro mais próximo e efetivo, envolvido pela responsabilização do trabalhador de saúde”.

O vínculo, para Oliveira (2009), resulta em responsabilização, que deve ser compreendida como atitude profissional e se constitui em assumir a responsabilidade perante o problema/necessidade do usuário, garantindo a indicação e segurança dos caminhos a serem trilhados de forma responsável e respeitosa com a vida do outro.

Outrossim, para se responsabilizar pelas demandas do usuário é preciso que o trabalhador de saúde tenha os conhecimentos, e, conseqüentemente, a segurança necessária para resolver as demandas.

As trabalhadoras de saúde E.18, E.19, E.21 e E.24 referem à contribuição das atividades educativas relacionadostanto ao aumento do conhecimento, paraas pessoas ficarem mais esclarecidas. Quantoà facilidade do desenvolvimento do trabalho, como vemos em algumasfalas a seguir.

Se vai vir uma pessoa de fora pra dá uma palestra, pra ensinar alguma coisa nova, uma coisa que a gente num, se sabe não ta a fundo né, se vai vim. A gente já vai ter aquele conhecimento maior, eu acho que é bom, eu não vejo, eu não vejo assim dificuldade, né em a gente aprender uma coisa a mais não, eu não acho que seja ruim não (E.18TS).

Ó os avanços é o conhecimento, aumentou o conhecimento é bom, né, a gente fica, em tudo que você cresce mais em sentido intelectual é bom, né, ajuda a fluir seu serviço [...] Mais em termo de [...] produto final os cursos são bons, a discussão sempre é válida, aumenta o nível de conhecimento, dá uma visão melhor, facilita o serviço, enfim, é bom, as [...] capacitações sempre são boas, pra mim é interessante (E.19TS).

[...] as pessoas ficam mais esclarecidas, os profissionais ficam mais esclarecidos [...] (E.21TS).

No estudo de Silva, Ogata e Machado (2007) também os trabalhadores de saúde ressaltaram que as capacitações são importantes para sua atualização profissional que acontecem por meio do conhecimento de inovações, esclarecimentos e fundamentações teórico-práticas que podem levar a uma assistência integral, resolutiva e humanizada.

Desse modo, entendemos que as atividades educativas se constituem em espaços de construção do conhecimento em que os trabalhadores de saúde se tornam expertise para desenvolverem o seu trabalho e isso faz com que eles tenham uma maior facilidade na prática, mediante articulação teórico-prática.

Para a entrevistada 20 as capacitações permitem uma maior tranquilidade no desenvolvimento das ações, ou seja, os conhecimentos e as habilidades adquiridos durante as atividades educativas poderão propiciar uma maior segurança em realizar as ações de saúde, o que, conseqüentemente, lhe deixa tranquilo ao saber que está realizando uma ação correta.

Eu acho que [...] essas é [...] as capacitações ou as atualizações é isso que levaria, entendeu? A gente ter maior é, como é que se diz, ter mais é ter mais tranquilidade saber que ta fazendo certo [...] (E.20TS).

Segundo Buss (1999), a prática educativa em saúde tem como eixo central a dimensão do desenvolvimento de capacidades individuais e coletivas com a finalidade de melhorar a qualidade de vida e de saúde da comunidade atendida pelos serviços de saúde, devendo tomar por princípio orientador a Política Nacional de Promoção da Saúde.

Assim, os trabalhadores de saúde ao adquirirem mais conhecimento, poderão ter mais segurança no atendimento às pessoas, uma vez que possuem maior capacidade para intervirem de forma positiva, em defesa da vida dos cidadãos.

Assim, as falas dos trabalhadores de saúde E.15, E.19, E.21, E.22, E.23 e E.25, são convergentes a respeito das atividades educativas que permitem a aquisição de mais conhecimentos, o que influenciará ter um “preparo” para orientar os usuários sobre as questões de saúde, explicitadas nas falas dos E.15 e E.19.

[...] então a gente ta mais assim, a gente ficou mais preparado pra lidar no dia a dia dessas pessoas [...] Porque capacita mais né, a gente fica mais capacitado a você ser abordado por um assunto você estar preparado pra atender aquela pessoa, aquele usuário (E.15TS).

[...] porque quando você estuda mais assunto, se prepara melhor, e dá informação mais, é como é que se pode dizer, específica pra o caso de cada um ajuda mais a comunidade [...] pode melhorar muito, né, e melhora a forma, minha abordagem como trabalhar porque ele é, como é que se diz, por exemplo, algumas questões com relação a isso, por exemplo, saúde mental [...] eu pude melhorar a forma de conversar com os familiares, né, de pessoas com paciente psiquiátricos, hoje eu sei como, onde pra onde encaminhar, o que falar, como abordar, eu ficava assim meio à toa né, quando eu via um paciente psiquiátrico: eu vou falar o que pra essa família? Eu não sabia o que falar, hoje eu já sei o que falar, como encaminhar, o que fazer, né. Então, influenciou meu modo de trabalhar? Influenciou sim (E.19TS).

Nessas falas é visível o ‘reconhecimento’ dos dois trabalhadores sobre a importância da realização da EPS para aquisição de conhecimentos, fundamental para o desenvolvimento de habilidades necessárias para responderem às necessidades dos usuários e também a melhoria do seu trabalho.

Alguns trabalhadores de saúde, dentre eles, E.15, E.22, E.23 e E.25, complementam, em suas falas, que as atividades educativas além de melhorarem o trabalho, permitem dar uma resposta para a comunidade, levando-nos a inferir que os trabalhadores de saúde se preocupam em desenvolver um trabalho capaz de responder as necessidades das pessoas assistidas, referendado por alguns dos entrevistados:

O ponto positivo melhor pra quem tá participando que desenvolve melhor suas atividades dentro das suas unidades e ajuda também os usuários [...] (E.15G).

[...] cada vez mais melhorando o nosso trabalho, nosso serviço[...] alguma coisa se a gente tiver fazendo diferente se a gente não tá conseguindo aí já é essas ideias e pra poder a gente saber como é que vai conduzir nosso trabalho, nosso serviço pra melhorar o atendimento a população, aí a gente consegue um bom desempenho [...] (E23TS).

Como vemos, mediante tais falas as atividades educativas conseguem atingir algumas finalidades da PNEPS (BRASIL, 2004) como a transformação e qualificação da assistência à saúde e as práticas de saúde, reforçando-se na fala do entrevistado 14 que as atividades oferecem também satisfação ao usuário e ao trabalhador de saúde.

[...] nossa responsabilidade com o controle social né, e toda essa responsabilidade ela tem um [...] grande ganho pra o serviço, pras pessoas, né, [...] em uns dois sentidos, primeiro na qualidade da assistência, segundo na satisfação do trabalho, né, você tem duas satisfações, primeiro o usuário fica satisfeito porque tem um serviço de qualidade e segundo [...] o servidor ele também fica feliz porque ele tá prestando um serviço que ele sabe que tá fazendo, tá feliz com o que tá fazendo, entendeu? E tá hoje correndo um risco menor de tá inclusive adoecendo dentro do serviço [...] (E14G).

As atividades educativas possibilitam a qualificação do trabalho a partir da aquisição de conhecimentos que permite o desenvolvimento das habilidades necessárias nas ações de saúde, sobretudo, com a reflexão da realidade de trabalho para que ofereça aos trabalhadores de saúde a oportunidade de (re)conhecerem o seu processo de trabalho, e através da articulação da equipe de saúde.

Ao possibilitar o desenvolvimento de uma prática resolutiva as atividades educativas propiciam assim uma maior satisfação do usuário em estar tendo acesso a um serviço que dá resolubilidade às suas necessidades, e, conseqüentemente, à satisfação do

trabalhador em saber que está realizando um trabalho valorizado e resolutivo, como também sustentado na fala a seguir.

[...] a gente consegue ter uma visão diferente, né, consegue é tentar melhorar o nosso trabalho o nosso dia adia né nossa rotina, sempre tentando melhorar algo, sempre é alguma coisa pra o nosso crescimento profissional, é muito é muito válido, muito gratificante (E.23TS).

Segundo Ricaldoni e Sena (2006), a EPS deve ser parte do pensar e fazer dos trabalhadores em vista proporcionar crescimento pessoal e profissional, colaborar para a organização do processo de trabalho e a problematizar a realidade.

O estudo *Contribuições da educação permanente em serviço no contexto da estratégia de saúde da família*, de Paulino, Souza e Borges (2010), trouxe dados que as capacitações possibilitam a atualização eo crescimento pessoal, além de poderem aperfeiçoar o processo de trabalho, pois os conhecimentos adquiridos permitem o desenvolvimento de competências e potencialidades em cada indivíduo, vindo influenciar a operacionalização e a organização do trabalho. Afirmam ainda que, como o trabalho na ESF é coletivo e interdisciplinar, o desenvolvimento de cada indivíduo vai repercutir sobre as ações realizadas e sobre a qualidade da assistência.

Acreditamos que as atividades educativas ao permitirem o desenvolvimento dos trabalhadores de saúde, tanto pessoal quanto profissionalmente, possibilitam uma avaliação da sua atuação profissional, inclusive um melhor planejamento das ações com criatividade e habilidade para uma (re)construção em prol de uma prática direcionada à produção do cuidado.

[...] quando a gente trabalha, quando a gente se capacita a gente aprende a traçar né o perfil epidemiológico, a gente entende a necessidade de planejar e entende, inova a gente, a criatividade de realizar as ações e de reavaliar depois, então eu acho que é super válido sim e interfere na qualidade do serviço que a gente presta (E.24TS).

A trabalhadora de saúde, E.24, nesta fala refere algumas contribuições sobre as atividades educativas, levando-nos a compreender como elas poderão influenciara mudança das práticas do trabalho. O entendimento da necessidade de planejar e reavaliar as ações é indispensável para o seu desenvolvimento mediante a realidade de cada USF, o que oportuniza a oferta de serviços condizentes com as demandas da população assistida. Além disso, o despertar para a criatividade também poderá permitir que a realização de ações estimule o interesse da comunidade na sua participação e dos próprios trabalhadores de saúde.

Diante deste contexto, para Guimarães, Martin e Rabelo (2010, p.28) a educação deve ser refletida como um aprendizado coletivo de valorização das experiências e da criatividade individual, em busca de novas ferramentas para o trabalho, até porque

[...] educar torna-se o (re)inventar e a (re)construção do conhecimento de forma personalizada, transpondo o mero preparo de mão de obra para o mundo globalizado, buscando a capacitação do profissional, um transformador da realidade, um (re)avaliador crítico. Esta condição favorece uma (re)descoberta do indivíduo, das suas potencialidades, dos seus limites e de alguma maneira, subsidia o desenvolvimento de suas capacidades.

Portanto, as atividades educativas apesar de se constituírem como um processo coletivo devem valorizar e subsidiar a criatividade de cada indivíduo de modo que ele reconheça suas potencialidades e seus limites e, a partir disso, construa seus conhecimentos.

Outra contribuição referente às atividades educativas é a facilidade de identificação de problemas, referendada tanto pela trabalhadora de saúde (E.16) quanto pela gestora (E.11), apesar de representações diferentes dos grupos estudados.

[...]a gente vai falar sobre um determinado tipo de doença, aí a gente vai aprender mais, vai ter a facilidade de identificar (E.16TS).

[...]quanto mais o ACS apreende, quanto mais ele tem conhecimento, mais ele retorna pra equipe, as demandas verdadeiras, digamos, não é, as reais e concretas demandas da dos usuários da comunidade, na verdade desse território (E.11G).

Vemos assim que a identificação dos problemas na comunidade é uma consequência do aprendizado dos conteúdos abordados nas atividades educativas, uma vez que os trabalhadores de saúde, automaticamente, os identificam em virtude do seu conhecimento.

Por outro lado, segundo Paulino, Souza e Borges (2010) a identificação dos problemas, a partir do processo de educação permanente, possibilita a transformação da realidade de trabalho, uma vez que nas capacitações, procuram-se recursos para a melhoria do trabalho.

Assim, tanto durante os processos educativos quanto após a sua realização, tivemos oportunidade de observar que oferecem as ferramentas necessárias para a identificação das demandas e a consequente realização das ações demandadas, particularmente, para os gestores, uma vez que a finalidade é oferecer ferramentas para melhorar o processo de trabalho dos trabalhadores de saúde e, consequentemente, dar uma resolubilidade às demandas de saúde colocadas pelos usuários das USF.

Então a gente tem trabalhado nesse sentido de trazer mais embasamento, mais conhecimento pras equipes, pra elas se fortalecerem, terem confiança nela mesma pra poder resolver o seu problema [...] (E.9G).

Então é a priori a gente estaria trabalhando nesse sentido né de você tá ampliando a leitura e a visão desses trabalhadores, de tá trazendo é outras propostas né, de tá trazendo outras possibilidades, enfim. Então eu acredito que é [...] trabalhando nesse sentido né a gente é tá ajudando né a [...] melhorar os processos de trabalho [...] (E.26G).

Mediante as falas dessas gestoras, é importante que seja despertado nos trabalhadores de saúde a sua confiança de que são capazes de identificar e resolver os problemas de saúde da comunidade, e isso é possível com a EPS, uma vez que os gestores podem mostrar as possibilidades de enfrentamento e as potencialidades dos trabalhadores e dos serviços de saúde para dar a resolubilidade às necessidades de saúde.

Entretanto, não somos ingênuas de pensar que a EPS será uma ferramenta que poderá sanar todas essas demandas, mas temos que atentar para a fala da trabalhadora E.18 “[...]eu acho que se a gente não puder resolver pelo menos a gente já tá ciente daquilo que é necessário à gente vai ter a busca [...]”.

Por conseguinte, as atividades educativas além de possibilitarem a ampliação de conhecimento para formação profissional também permitem a construção de habilidades para o enfrentamento das necessidades de saúde, pois, mesmo quando não sendo capazes de solucioná-las eles poderão ter o discernimento de usar as possibilidades para a sua resolubilidade.

De acordo com o estudo de Celedônio e outros (2012), as práticas educativas conseguem transformar a prática no trabalho em saúde. Neste estudo vimos tanto durante a observação quanto nas falas dos entrevistados que há aprendizado e que conseguem aplicar os conteúdos aprendidos, para o alcance da resolubilidade, conforme as falas dos trabalhadores de saúde E.17, E.20 e E.24 tudo que é aprendido pode ser colocado em prática, apesar da E.20 ponderar “na medida do possível por causa das nossas condições”.

Influencia claro né porque a gente sempre quer melhorar, quer aprender, então se você ouve aquilo então você vai ficar mais informado e vai tentar é se intervir aquilo que nós recebemos, que nós aprendemos, sempre serve, bastante (E.17TS).

[...] a gente colocando em prática o que o que a gente absorveu né daquilo, daquelas informações, é colocar em prática é a única forma que a gente tem de utilizar, tentar colocar em prática né na medida do possível por causa das nossas condições [...] (E.20TS).

Todo conhecimento ele é bem-vindo, né todo conhecimento ele é bem-vindo, tudo que a gente aprende a gente pode aplicar não é no nosso trabalho, tanto de forma na prática mesmo quanto nossos objetivos, né, então é um aprimoramento individual (E.24TS).

Outrossim, resgatamos as falas da E.20 e da E.22 ao referirem que muitas coisas abordadas nas atividades educativas não tem condições de serem colocadas em prática quer por questões materiais, quer pela falta de tempo, dentre outras.

[...] muitas vezes eu acho assim que colocam é coisas fora da nossa realidade né. Ah tem que fazer assim assado. Mas só que não dá condições pra gente trabalhar dentro daquilo ali, a gente sabe que o que seria o ideal, o que seria né o [...] a condição melhor mais às vezes a gente não tem como fazer, não só por questões de material adequado como também de tempo né às vezes a gente num o tempo não dá então é [...] muita coisa [...] (E.20TS).

[...] a contrapartida é chega muitas novidades que na prática a gente não tem como por ainda em prática [...] (E.22TS).

Uma realidade paradoxal, uma vez que a EPS deve ser focada na prática, considerando a realidade local dos usuários. No estudo *Práticas Educativas para Agentes Comunitários de Saúde em uma Unidade de Saúde da Família* (ARAUJO, 2012a), os participantes também relataram que o maior limite é a dificuldade, muitas vezes, de colocar em prática o que aprenderam, pois não possuem os meios necessários para sua efetivação. Resultado também convergente no estudo *A aprendizagem-trabalho e as tecnologias de saúde na estratégia saúde da família* (PESSANHA; CUNHA, 2009) quando os ACS referiram que, muitas vezes, não conseguem aplicar os conhecimentos adquiridos nas atividades educativas pelas limitações no processo de trabalho ou nas relações entre a equipe e a comunidade.

Nessa direção, para Ribeiro e Mota (1996, p.40) os trabalhadores de saúde que durante os cursos de atualização “são elevados ao paraíso do *como deveria ser*”, ou seja, tem o encontro com conhecimentos científicos que são compreendidos como aplicáveis a qualquer usuário e serviço. Mas, quando retornam aos seus ambientes de trabalho são impossibilitados de aplicá-los, chamando a atenção de que “Na prática, a teoria é outra”.

Uma situação que acontece, amiudamente, pelo fato de que muitos ainda acreditam que a prática é apenas a aplicação dos conhecimentos, assim para Ribeiro e Mota (1996, p.40), “[...] esvaziavam-na de sentido e estabelecem uma relação linear e simplista entre o saber e o fazer”.

Portanto, é necessário que durante as atividades educativas as pessoas que coordenam tais ações conheçam a realidade das USF e tentem, junto com os trabalhadores de saúde, encontrar soluções para que os assuntos discutidos não sejam mais um a não ser utilizado na prática.

A fala da gestora E.3 complementa as ideias anteriores, porém, apesar de muitas vezes terem tais dificuldades, alguns trabalhadores colocam em prática o que aprenderam, usando a criatividade para desenvolvê-las dentro das suas possibilidades.

[...] precisaria de mais recurso, né, e às vezes assim é um pouco frustrante, porque a gente não tem, às vezes querem desenvolver aquilo que aprendeu na sala mais lá fora eles têm algumas dificuldades que impedem que eles sigam e eles criam muita angústia com relação a isso que é percebido que é desabafado durante o curso, entendeu? Mais, alguns relatam também que conseguem desenvolver não na dentro daquela forma, o script todo, mas consegue assim com criatividade é realizar, algumas atividades. Não com o ideal, né, mas conseguem realizar [...] (E.3G).

Diante disso, temos a impressão que os trabalhadores de saúde se sentem ‘impotentes’ apesar da aquisição de conhecimentos não podem colocá-los em prática da forma idealizada. Além disso, há evidências do esforço de alguns trabalhadores na utilização das ferramentas que possuem na tentativa de aplicar os conhecimentos adquiridos.

Um outro limite para a aplicação dos conhecimentos na prática é a falta de materiais para realização do trabalho, conforme as falas das trabalhadoras de saúde E.23 e E.24.

[...] muitas das vezes a gente tem a teoria, a teoria é muito bonita, é fala sobre tudo o que é que a gente deve fazer, mas tem uma chega um momento que a gente é paralisado por falta de materiais, aí nem tudo a gente consegue executar (E.23TS).

[...] Os fatores eu acho que eles são é eu acho que comuns, bem comuns assim pra nossa realidade, né, Nordeste, Brasil, é insumos, é nem sempre temos insumos, ambiência também, também às vezes está precária, é manutenção de equipamentos também atrapalha, é essa todas as descontinuidades nessas ofertas elas causam né um transtorno nas nossas, nas nossas ações né nos nossos, nos nossos projetos, então descontinua o projeto e aí você fica é, como diz, é você perde, perde a linha às vezes o né a diretriz o foco descontinua, então atrapalha os nossos projetos (E.24TS).

Para desenvolver, na prática, as atividades educativas também é necessário ter o apoio da gestão na sua execução, reforçado na fala da trabalhadora de saúde E.19.

[...] dificuldades é justamente o que eu já falei antes é a gente não, é você ter o conhecimento, saber o que fazer e não ter apoio, porque se eu tenho é, por exemplo, sei lá um paciente idoso que ele precisa de uma visita e eu não tenho um carro pra

fazer a visita tá aí minha dificuldade [...] aí que entra as dificuldades é você não poder contar com o apoio de lá de cima [...] (E.19TS).

Do mesmo modo, os resultados do estudo de Celedônio e outros (2012) evidenciaram que apesar de nos cursos a abordagem ser prática e com procedimentos adequados, os trabalhadores de saúde, após a formação, quando vão operacionalizar o seu trabalho não tem materiais. Também constatamos assim que os trabalhadores de saúde perceberam que a prática da produção do cuidado não depende apenas das atividades educativas, mas de uma rede de apoio e de serviços de saúde que ofereçam subsídios à rede de atenção.

Já no estudo de Ricaldoni e Sena (2006), não há referência sobre a rede; consta apenas nos resultados que a disponibilização do material é indispensável para a realização do cuidado, e que quando esses materiais não estão disponíveis, acontece o comprometimento da produção do cuidado.

A respeito da dificuldade de materiais o PAS-2014-2015 (Doc.3) e o PMS-2014-2017 (Doc.4) destacam como uma das suas ações macro a garantia da oferta de recursos físicos, materiais e insumos para o funcionamento adequado da rede de saúde, o que transparece uma preocupação em ofertar aos serviços de saúde os insumos necessários para o seu funcionamento.

Segundo Oliveira (2009), o PSF ao ser idealizado como uma estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde e com a competência de gerar um movimento de reordenamento da atenção à saúde no SUS, o Ministério da Saúde precisará dar maior racionalidade ao uso dos recursos para a resolubilidade da atenção à saúde, incluindo-se na conjuntura de reorganização do sistema de saúde.

Apesar disso, compreendemos que nem sempre os serviços de saúde pública dispõem de materiais necessários para a realização de um trabalho com vista à resolubilidade das necessidades de saúde da população. Entretanto, é preciso que durante as capacitações as pessoas que as coordenam e os demais envolvidos vislumbrem soluções para que, o que foi aprendido, seja posto em prática aproveitando também a criatividade.

Para colocar em prática o que aprenderam o tempo foi também considerado limitante para a realização das atividades educativas devido à sobrecarga de trabalho na Estratégia Saúde da Família.

Eu acho que hoje tão sobrecarregando demais o PSF [...] teria que ter mais profissionais né, mais teria mais despesa, então joga pra o PSF, já tá formado e tudo,

então sobrecarrega a gente acaba, tem que deixar de fazer alguma coisa né porque acaba sobrecarregando a gente. [...] encargos que dificulta um pouco né, tem em termos de tempo de dedicação ao paciente né, então eu acho que, eu valorizo muito a consulta, uma consulta bem feita, você pode tirar muita coisa [...] (E.20TS).

Na fala desta entrevistada há um ‘velado desabafo’ que a ESF tem sido sobrecarregada com várias atividades e, para tanto seria necessário “ter mais profissionais” com o intuito de dar conta de todos os serviços demandados à USF. Além disso, é perceptível que a entrevistada 20 valoriza a consulta por considerá-la fundamental para a dedicação ao paciente.

Percebemos que nesse contexto há a predominância de uma visão biologicista, ao minimizar as ações de promoção da saúde e prevenção de saúde, que não estão relacionadas apenas as consultas individuais. No entanto, concordamos que muitos encargos têm sido atribuídos a ESF o que dificulta, muitas vezes, a execução das ações, principalmente, por conta do quantitativo de pessoal.

Já a entrevistada 6 refere que um dos principais desafios enfrentados é “conseguir conciliar” as atividades educativas com as outras demandas da USF.

E uma outra dificuldade que é concreta é conseguir conciliar essas demandas de educação com as demandas mil que a equipe tem [...] inserir mais uma prática é, eles entendem até que é necessário mas a equipe fica sobrecarregada. Então a gente precisa aprender a dosar na organização desse processo quanto de peso a gente vai dá pra a assistência, quanto de peso a gente vai dá pra essa mudança de prática, que ela vai ocorrer através desse processo de educação (E6G).

No estudo realizado por Roecker, Budó e Marcon (2012) os enfermeiros relataram que o principal motivo de não conseguirem se dedicar à educação em saúde para a população é a grande demanda de atividade curativa, da população, a quantidade insuficiente de pessoal na equipe, o trabalho burocrático, a coordenação e/ou gerência da unidade, e as reuniões na Secretaria Municipal de Saúde que tomam grande parte do tempo e sobrecarregam o trabalho.

Observamos na prática nas USFI e USFII no município estudado, que essas dificuldades tornam-se um dos desafios para a execução das atividades educativas para os trabalhadores de saúde da ESF, principalmente quando relacionado à demanda de atendimentos individuais à população, uma vez que ainda é cobrada das equipes a produtividade mensal com um maior número de atendimentos possíveis. Além disso, muitas vezes, as equipes estão incompletas, ou seja, sem o número adequado de trabalhadores, o que

acaba resultando na sobrecarga dos demais e reduzindo o tempo para realização de atividades educativas.

Apesar desses desafios, as atividades educativas de acordo com os gestores, possibilitam as mudanças de práticas referidas a seguir.

[...] é a gente consegue perceber que quando a gente usa a metodologia correta mesmo, e quando a gente consegue entrar nesse processo de sensibilização a gente consegue mudança de prática, tanto de organização quanto de cuidado (E.6G).

[...] é uma coisa que você não vai ficar estagnado tem sempre alguém que ta ali fomentando mudanças, alguém que ta sempre ali trazendo atualidade, alguém que ta sempre ali fomentando, né, a necessidade da pessoa ta buscando, ta contribuindo com a melhoria do processo de trabalho, né, e consequentemente né a o processo da estratégia, eu acho que é a o maior ganho (E.10G).

[...] avanços muito, não é, como eu disse, quebra de paradigmas, compreensão realmente do seu papel, é difícil entender, né, sair daquele modelo curativo e passar a ver esse modelo de promoção, de prevenção [...] então pra elas enxergarem isso, né, porque eu cobro muitas as atividades educativas também com a comunidade, então pra elas enxergarem essa diferença não é fácil, mais quando elas enxergam é um avanço né. E isso depende de que? De capacitação, da educação continuada [...] (E.11G).

Como constatamos nos fragmentos destas falas, a proposta da EPS é uma das estratégias para as mudanças das práticas de saúde. Para Silva, Ogata e Machado (2007) a EPS possibilita a reflexão do processo de trabalho e intervém, visando à melhoria das condições de trabalho e a resolubilidade dos serviços prestados.

Por sua vez, segundo Franco (2013b), a construção de novas práticas só acontece a partir de processos autoanalíticos em que a velha prática é analisada, podendo assim ser destruída para serem produzidas novas possibilidades de cuidar.

Entendemos, portanto, que a reflexão sobre o processo de trabalho é indispensável para o processo de mudança, uma vez que vai permitir analisar as práticas para identificação do que é preciso ser transformado, tendo em vista uma produção do cuidado resolutiva, integral e humanizada.

A produção do cuidado, segundo Franco e Merhy (2013), acontece sempre baseada na prática de um trabalhador individual ou coletivo que realiza seu processo de trabalho orientado por seus territórios existenciais. De acordo com Freitas e outros (2012, p.164), os territórios existenciais são “lugares onde se inscrevem a subjetividade”.

Entretanto, para que aconteçam mudanças na saúde Franco e Merhy (2013) reforçam que é preciso haver processos de desterritorialização, ou seja, o rompimento com o velho território, e movimentos de reterritorialização, em busca de novas identidades

territoriais que vão demandar novas práticas de cuidado. A desterritorialização implica em agenciamentos, caracterizados por

[...] processos de mudanças que são conflituosos, doloridos, e permeados por idas e vindas em que o sujeito é o tempo todo colocado diante de si mesmo e do novo território que se anuncia, é algo parecido com o ‘perder chão’, morte de si mesmo, para busca de outro chão, e de si mesmo sob novos referenciais de vida e produção (FRANCO; MERHY, 2013, p.167).

Por conseguinte, para que ocorram tais mudanças na saúde, o trabalhador de saúde deve estar disposto a romper com o instituído e deixar aflorar a sua subjetividade, para que novos sentidos e singularidades sejam construídos. Sabemos, no entanto, que não é fácil uma vez que, para que haja a transformação esse trabalhador necessita se ‘despir’ daquilo que acredita e pratica, para assumir novas práticas e saberes. E isto implica desconsiderar a prática de saúde com foco no modelo biomédico, ainda hoje, hegemônico nos serviços de saúde, apesar dos avanços.

Para Franco e Merhy (2013), no campo da saúde há cenários que se estruturam num devir capitalístico (alto consumo de procedimentos em detrimento de processos mais relacionais) da produção do cuidado, que é caracterizado por um modelo tecnoassistencial que prioriza procedimentos e alto consumo de insumos. Dessa forma, para a construção de um devir solidário para o SUS é necessário que haja dispositivos capazes de agenciar o desenvolvimento de novos saberes e práticas que ressignifiquem o trabalho em saúde, principalmente o cuidado, e isto pressupõe que haja o enfrentamento com os territórios que estruturam os serviços de saúde e a ruptura com seu devir capitalista e capitalístico.

Assim, a mudança no modo de produção do cuidado, segundo Franco e Merhy (2013), implica não só em mudar o processo de trabalho mais também o processo de desterritorialização dos trabalhadores e dos usuários do SUS, ou seja, necessita da produção de uma nova subjetividade. Nesta perspectiva, entendemos que para que a produção do cuidado se desenvolva focado no campo relacional, no encontro dos trabalhadores e usuários com espaços de fala, escuta, olhares e signos que tenham sentido para ambos.

Outrossim, segundo a E.3 as pessoas só conseguem se sensibilizar com aquilo que conhecem, ou seja, só conseguem mudar suas práticas se reconhecem porque precisam mudar.

[...]esse conhecimento já ajuda muito, né, porque eles só, a pessoa só consegue se sensibilizar com aquilo que ele conhece, porque se ele não conhece ele pode tá [...] tá na Unidade de Saúde, qualquer profissional de Unidade de Saúde, se ele tá ali e ele não conhece aquilo que tá passando por ele, ele jamais vai se sensibilizar (E.3G).

Já a E.6, gestora, refere que “[...] eu acho que a maior potência disso, do processo de educação é a equipe entender que ela pode sempre fazer um pouco mais, né.”.

Os trabalhadores de saúde de uma das USF pesquisadas agem de forma diferente entre si na produção do cuidado, mesmo que sigam a mesma diretriz normativa. Assim, o processo de trabalho possui nuances devido às práticas da produção do cuidado apresentarem singularidade de cada trabalhador. Para Franco e Merhy (2013), isso se contrapõe às normas da ESF que propõem a padronização das condutas dos trabalhadores, pois é na própria relação do trabalhador com o usuário no seu processo de trabalho que vai ser definida como o cuidado vai ser realizado.

Todavia, segundo Franco (2013b), o trabalhador é livre na relação com o outro para decidir sobre o seu processo de trabalho e, portanto, essa liberdade lhe oferece a possibilidade de produzir o cuidado da forma que achar melhor, até porque, na relação com o usuário ele vai decidir sobre o seu processo de trabalho que deverá ser conduzido pelos afetos do próprio encontro.

Daí entendemos que o trabalhador de saúde nesse processo é essencial, tendo em vista que ele é quem vai decidir quais as ações irá desenvolver no seu processo de trabalho. Para tanto, é preciso que ele se reconheça como essa representação, capaz de realizar ações que beneficiem a comunidade a que assiste.

No entanto, alguns gestores fizeram referência que o principal desafio para implementar os conteúdos abordados nas atividades educativas é provocar de fato mudanças, uma vez que para isso o trabalhador deve entender que precisa mudar sua visão de saúde.

[...] promover mudanças no processo de trabalho já é uma dificuldade, fazer com que o profissional entenda que ele precisa mudar os processos, ele está refletindo o que ele tá fazendo que ele precisa mudar, é difícil. Principalmente porque a formação que a gente tem é muito biológica [...] (E.2G).

[...] é muito difícil você interferir na conduta do profissional, então como eu falei na pergunta anterior, é um trabalho de formiguinha, é, tem dificuldades isso é fato, até porque é a gente lida com pessoas, então o fato de lidar com pessoas a gente tem diversas opiniões [...] (E.7G).

E o grande desafio eu acho pra educação permanente é mesmo e pros profissionais de saúde é mesmo mudar o processo de trabalho que eles vêm já acostumados a fazerem, né, muitos é, como é que eu vou dizer, ainda não acredita na essa proposta do sistema único de saúde, né, é tem alguns ainda mesmo com a visão do da saúde de 30 anos atrás [...] (E.13G).

Mas, segundo Freire (2005), a mudança não é um processo específico de alguns homens, pelo contrário, ela pertence a todos os homens que a escolhem, assim esses homens

são subordinados do processo de transformação. E, para que haja realmente essa transformação, Celedônio e outros (2012) destacam que o trabalhador de saúde deve desejar aprender, uma vez que a transformação da prática só acontecerá por meio da sua reflexão, ou seja, se ele quiser e fizer a reflexão.

Todavia, para que haja a promoção de mudanças nos processos de trabalho, os trabalhadores de saúde necessitam querer aprender e reconhecer que precisam mudar. E, para desenvolver um bom trabalho, ele[o trabalhador] deverá se dedicar a aprender e estar aberto para aprender, pressuposto também defendido pelo profissional de saúde E.18 quanto pelo gestor E.12.

E pra você fazer um trabalho bom você tem que se dedicar, você tem que ter tempo ali pra aprender, pra você poder colocar em prática [...] (E.18TS).

[...] a questão da capacitação a gente tem que está aberto né primeiro [...] (E.12G).

Se o trabalhador de saúde não estiver à vontade para participar das atividades educativas e não se dedicar no seu processo de aprendizagem, não acontecerá a aquisição de novos conhecimentos, e ele não vai conseguir colocar em prática o que foi proposto.

No decorrer do processo do trabalho em equipe na ESF percebemos que os trabalhadores podem influenciar para o despertar da importância das atividades educativas, uma vez que de acordo com Paulino, Souza e Borges (2010) a integração da equipe auxilia no processo de aprendizagem. Segundo Assad e Viana (2005), o trabalho em equipe é uma tendência atual e, diante da complexidade e diversidade de problemas, os trabalhadores de saúde devem desenvolver competências associadas à capacidade de cooperação para a resolução dos problemas de saúde.

Assim, buscamos discutir de que forma as atividades educativas influenciam no desenvolvimento do **trabalho em equipe** para a resolubilidade da produção do cuidado.

De acordo com Silva (2014), no trabalho em equipe, o trabalhador de saúde não deverá trabalhar individualmente, apesar de seus saberes e ações singulares, mas em equipe, uma vez que ele não consegue, sozinho, atender todas as demandas de saúde do usuário, individual ou coletivo. Vimos que na ESF a atuação de vários trabalhadores de diversas profissões é imprescindível na estruturação da organização para que possam dar sentido ao trabalho do outro para a produção do cuidado individual e coletivo resolutivo, integral e humanizado.

A entrevistada 17 refere que a participação em atividades educativas seja aceita pelos trabalhadores de saúde, sentindo-se mais ‘abertos’ para aceitar o trabalho em equipe.

É porque a gente fica mais aberto pra aceitar o trabalho de equipe né porque o pessoal mais antigo, mais prefere mais o trabalho individual, do que os jovens, então ajuda muito (E.17TS).

Esta prática individual é proveniente, segundo Freitas e outros (2012), do modelo flexneriano de formação em que há a fragmentação do conhecimento dos trabalhadores de saúde, em que cada um é responsável por uma parte do corpo e mente do indivíduo, o que faz com que haja a divisão de saberes na prática assistencial, gerando obstáculos para a construção da integralidade.

Todavia, de acordo com Dimenstein e outros (2005), a efetivação do trabalho em equipe, da corresponsabilização e da escuta qualificada enfrenta algumas dificuldades que se contrapõem à lógica capitalista, o individualismo, a competitividade e a segregação.

Em contrapartida, nas falas das entrevistadas 15 e 21 vemos uma perspectiva do trabalho de parceria entre os ACS e toda a EqSF, ao identificarem os problemas na comunidade eles são encaminhados à USF, que, conseqüentemente, faz uma articulação com a equipe para a resolução das necessidades dos usuários das Unidades de Saúde da Família.

[...] com certeza, ajuda porque assim, a equipe se preocupa porque como a gente [ACS] é cobrado de uma forma, a gente é cobrado diante da comunidade e a gente chega lá, a gente fala praquelas pessoas vim pra aqui pra elas também ter esse acolhimento, né (E15TS).

[...] às vezes eles [...] vão pra área aí é detecta algum problema, algum agravo e aí conversa com a gente pra poder a gente tá tentando resolver [...] (E21TS).

Com referência ao trabalho em equipe, as trabalhadoras de saúde E.23 e E.24 tem falas convergentes quanto a realização das atividades educativas em equipe, uma vez que sua articulação possibilita a melhora tanto do desempenho da equipe quanto de cada trabalhador.

[...] aí agora a gente [trabalhadores de saúde] articular né sempre essas capacitações internas, é a equipe se une pra poder fazer, no mesmo propósito, pra poder né, sempre tá melhorando de tanto o desempenho da equipe toda como cada um na sua área mais no mesmo sentido, pra a gente ter [...] o mesmo direcionamento, pra o nosso trabalho, pra todo né, então quando um tá ali o outro a gente já tá pensando tudo da mesma forma, como é que é que a gente vai conduzir esse trabalho (E23TS).

[...] porque a gente [trabalhadores de saúde] desenvolve tanto enquanto equipe, não é, quando a gente aprende mais alguma coisa como individualmente, então o individual [...] e a equipe está altamente relacionado, né se a equipe é coesa vai ter

um desenvolvimento, vai desenvolver um bom trabalho, e se cada membro dessa equipe estiver é estimulado, e é deter conhecimentos né necessários então a equipe vai estar na sua totalidade também fortalecida (E24TS).

No decorrer das observações da prática das EqSF na USFI e na USFII vimos que as equipes, aparentemente, tiveram um entrosamento cordial e dialógico durante os processos educativos, tendo uma efetiva discussão com questionamentos e opinião.

Concordamos com Silva (2014) que as ações desenvolvidas pela equipe de saúde da família devem ser expressas em ações de saúde numa perspectiva multiprofissional e interdisciplinar e com respeito às particularidades de cada trabalhador de forma que recomponha o processo de trabalho coletivo, de parceira e em equipe. Porém, deverá atentar para obter práticas produtoras de cuidado, é necessário que elas se desenvolvam baseadas na interdisciplinaridade, interação e articulação entre os sujeitos e sem esquecer o uso das tecnologias leves [das relações].

Outrossim, para uma produção do cuidado integral na ESF os trabalhadores de saúde devem se articular para colocarem em ação um trabalho em equipe, de modo que um trabalhador complemente o trabalho do outro na busca do atendimento das necessidades de saúde dos usuários, ou seja, sua resolubilidade.

Mas, para que isto aconteça, concordamos com Silva (2014) que é necessário que haja o compartilhamento dos trabalhos e do planejamento das ações, com o diálogo entre os sujeitos para a construção de uma aproximação entre eles com confiança e respeito, visando uma parceria nas situações de enfrentamento e de busca coletiva para o alcance de objetivos e metas comuns.

Nesta direção, a trabalhadora de saúde E.19, complementa ao afirmar que quando toda a equipe participa de uma atividade educativa eles têm o mesmo conhecimento e tem condições de conduzir as situações de uma mesma forma.

[...] como a gente foi treinado juntos então todo mundo tá com a mesma base [...] Então queira ou não todo mundo sabe, né, como deve ser tratado aquele paciente quando chega na unidade, e aí a equipe como um todo, né, tá todo mundo com o mesmo nível de conhecimento e isso é bom, todo mundo foi treinado igual, todo mundo tem a mesma base de conhecimento e aí a gente, um ajuda o outro, né, então quando chega um problema na unidade eu acho que dá pra todo mundo tentar resolver e vai todo mundo agir da mesma forma porque o grau de conhecimento ali sobre o assunto é igual (E19TS).

A gestora, E.9, reforça que o trabalho em equipe além de possibilitar uma ajuda ao outro [entre os trabalhadores] permite também a equipe resolver o problema.

Ó eu acho que sim porque quanto mais você tem embasamento, mais conhecimento sobre aqueles temas, mais é fácil você articular com a comunidade, você articular com a equipe e até se necessário for usar estratégias né pra poder resolver aquele problema [...] (E.9G).

Entretanto, para que haja a resolubilidade das ações de saúde entendemos que tem que haver o diálogo entre o trabalhador de saúde e o usuário. Dessa maneira ao reconhecermos o trabalho em saúde como trabalho vivo em ato é necessário valorizar as relações entre trabalhadores de saúde-usuários na ESF, destacando o uso das tecnologias leves e leve-duras, sem desvalorizar as tecnologias duras nas ações de saúde no sentido de atender as necessidades desse usuáriocom uma produção do cuidado para a sua resolubilidade.

Na perspectiva das tecnologias leves, paraPessanha e Cunha (2009) sua utilização pode permitir que os trabalhadores de saúde identifiquem os problemas e se reconheçam como sujeitos responsáveis pela busca de melhorias na saúde dos usuários. Além disso, ressaltam que é necessário sensibilizar os trabalhadores de saúde a usarem seus arsenais tecnológicos para a obtenção de serviços eficientes para suprir as necessidades da população.

Por isto, é premente a sensibilização dos trabalhadores de saúde sobre a utilização das tecnologias leves como acolhimento, vínculo, saber ouvir, diálogo, para a resolubilidade frente aos problemas de saúde, e desenvolvimento de estratégiaspara tal fim.

A gestora, E.9 chama também atenção para que o trabalhador de saúde se corresponsabilize e se comprometa em participar e desenvolver atividades educativas, pois para que ele resolva os problemasde saúde dos usuários não adianta participar apenas das atividades por obrigação é preciso haverenvolvimento.

Enquanto ainda estiver escute e acate, ele vai fazer porque é obrigação e não porque ele se responsabiliza, ele é responsabilizada, mas ele não se corresponsabiliza. E quando ele não se corresponsabiliza a partir do momento que chegou até aqui e não, não tenho como avançar, eu não faço nenhum esforço pra poder avançar. Então eu acho que quando eu me corresponsabilizo eu tento ultrapassar essa barreira pra conseguir pelo menos solucionar o problema do paciente (E.9G).

Neste sentido, para Franco (2013b), a gestão deve considerar que seu projeto para produçãodo cuidado em saúde só dará certo se também for um projeto do trabalhador de saúde, não só os seus conhecimentos, mas também os significados inscritos na sua subjetividade.

Então, a partir do momento que os trabalhadores de saúde estejam envolvidos no planejamento das atividades a serem desenvolvidas quer assistenciais e

gerenciais, quer educacionais, os mesmos devem perceber não apenas a importância do desenvolvimento do seu trabalho mas também sua valorização enquanto trabalhadores da Atenção Básica, inseridos na Estratégia Saúde da Família.

No entanto, para alguns gestores, como os E.3 e E.4, nem tudo pode ser resolvido com as atividades educativas, o que traz à tona novamente a falta de recursos para a execução das práticas e a grande demanda dos serviços de saúde.

Em alguns pontos sim, eu não vou dizer que não consegue solucionar nada, não consegue solucionar o ideal, né, como o modelo, não consegue seguir um modelo, mas muitas coisas eles conseguem porque são relatados, né, eles relatam é[...] alguma experiências, não são muitas mas alguns trazem resultados bons, e aí a gente vê que a coisa conseguiu fluir [...] (E.3G).

Bom, com relação a alguns problemas sim, agora a demanda é grande [...] (E.4G).

Contraditoriamente, para a trabalhadora de saúde E.22, não existe relação entre o trabalho em equipe e as atividades educativas “Não sei, eu acho que não relações de trabalho eu acho que pra mim não tem não tem tanto a ver com a questão de capacitação não, pra mim não”.

Já a pesquisa *Formação e educação permanente e a produção de tecnologias em saúde e inovação do cuidado* (FREITAS et al., 2012) evidenciou que a troca de saberes, o compartilhamento de experiências, a interdisciplinaridade e o trabalho multiprofissional são entendidos como uma experiência positiva que possibilita o desenvolvimento das mudanças possíveis e necessárias no processo de trabalho das equipes.

Entretanto, compreendemos que o desenvolvimento de um trabalho que objetiva a resolubilidade das demandas da população apenas a capacidade técnica e o trabalho em equipe não são suficientes. É necessário também o funcionamento da rede dos serviços de saúde para que haja uma produção do cuidado à saúde com integralidade.

De acordo com Turrini, Lebrão e Cesar (2008), tendo em vista a hierarquização do sistema de saúde brasileiro em níveis de assistência primária, secundária e terciária, a resolubilidade das ações pode ser avaliada seja dentro do próprio serviço, relacionada com a capacidade de responder a sua demanda e de encaminhar os casos que requererem atendimento especializado; seja dentro do sistema de saúde, na primeira consulta realizada na Atenção Primária até os outros níveis de atenção.

Segundo Oliveira (2009), cabe à Atenção Básica possibilitar o acesso aos demais níveis de atenção para a continuidade do cuidado à saúde instituindo uma hierarquia aos demais níveis de complexidade com o aumento da resolubilidade das ações de saúde.

Neste sentido a resolubilidade das ações da ESF está relacionada não só ao trabalho que é realizado por seus trabalhadores, mas também com os outros setores – **intersectorialidade**. De acordo com Oliveira (2009), o trabalho no PSF deverá ter um caráter coletivo e intersectorial, porque algumas ações desenvolvidas têm uma interrelação e uma interdependência com vários setores responsáveis pelas políticas públicas no planejamento e na implementação de ações para a resolução de problemas sociais, como os problemas de saúde.

Daí acreditamos que as atividades educativas, ao possibilitarem os trabalhadores de saúde conhecerem o funcionamento da rede, devem facilitar a intersectorialidade, de forma que os encaminhamentos sejam realizados apenas quando necessários, levando-os a procederem em cada situação, com a identificação dos serviços que serão ofertados para cada caso no município e para onde encaminhá-los.

Então quando a gente faz uma palestra assim de alguma coisa tem a condição da gente identificar e encaminhar, [...] poder identificar, encaminhar também, porque se aparece alguma coisa na área a gente tem que encaminhar além de identificar (E.16TS).

[...] no caso se chega aqui um paciente com câncer a gente não vai curar o câncer, né o que é que a gente vai? [...] A gente vai poder é levar uma pessoa que possa ajudar, aí o que é que a gente vai tá fazendo? A gente vai tá ali junto aquele paciente, vai tá ali acompanhando, ouvindo ele [...] Eu acho que é, é melhor, né, melhora mais, no meu ponto de vista porque pelo menos ele não vai tá solto, e nem a gente também vai tá assim: a, aconteceu que ela tava com essa, essa doença a gente não sabia, num num chegou ao nosso conhecimento, também se a gente soubesse a gente podia encaminhar, né, pra pra o cuidar que é um órgão que a gente tem aqui em Camaçari, a gente podia, a gente podia fazer alguma coisa, mas a gente não sabia. Então eu acho que é bom (E.18TS).

Conhecer o funcionamento da rede é fundamental para que seja feito o encaminhamento e o acompanhamento necessários dos usuários do serviço. Não adianta saber apenas identificar o problema; é preciso saber o que deve ser feito ao detectá-lo. Muitas das demandas trazidas para a ESF podem ser resolvidas na própria USF pela sua equipe e, para isto, os trabalhadores devem ser formados permanentemente. Entretanto, muitas vezes as necessidades devem ser resolvidas em outros níveis da assistência, e nesse momento os trabalhadores da ESF devem ter a habilidade de identificar quando devem encaminhar e para onde encaminhar.

No entanto, para a trabalhadora de saúde E.19 não é necessário apenas que os trabalhadores de saúde sejam capacitados, vai além disso; é preciso que o serviço esteja

disponível para atender a demanda, ou seja, que o usuário tenha **acesso** ao serviço de saúde a que foi encaminhado.

[...]agora que fossem capacitações sempre assim que desse é, como é que diz, capacitações que a gente visse depois o retorno no sentido de que a gente vai ser capacitado, mas quando a gente precisar do serviço, o serviço esteja disponível, por exemplo, o CESM, o centro de especialidade em saúde mental, então se eu vou encaminhar um paciente, esse paciente tem que ter acesso. Não é verdade? Agora se eu encaminho um paciente quando chega lá o paciente não tem acesso, e aí adiantou? Não adiantou nada. Essa é a questão, da gente ter a referência pra onde encaminhar e dizer o paciente realmente vai ser atendido (E.19TS).

De acordo com Araujo (2014), com a criação do SUS a saúde passou a ser direito de todos e dever do Estado, daí subtemos a garantiade que qualquer pessoa tem o direito de ser atendida pelos serviços de saúde do sistema público o que caracteriza o acesso universal.

Mas, na realidade, ainda não vivenciamos a concretização do acesso universal e igualitário desses usuários aos serviços de saúde, principalmente quando relacionado aos serviços de média e alta densidade tecnológica, explicitado por Araujo (2014), pois, a oferta dos serviços acontece, em sua maioria, pelas instituições privadas o que, muitas vezes, dificulta e impossibilita a concretização do acesso dos usuários a tais níveis de atenção.

Outrossim, temos clareza que a resolubilidade da produção do cuidado na ESF vai mais além dos cuidados prestados em suas dependências e na sua área de abrangência. Defendemos a garantia de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de atenção, de forma que eles possam ter a resolubilidade dos seus problemas de saúde.

No entanto, as trabalhadoras de saúde E.15 e E.19 citam como limitante o fato da rede não corresponder às expectativas das necessidades de saúde dos usuários o que, muitas vezes, prejudica no relacionamento com a comunidade, uma vez que nem sempre os usuários conseguem ter acesso aos serviços que necessitam.

[...] porque não adianta eu querer muita informação e às vezes a pessoa se empolga demais e chega não tem muito o que oferecer assim de ser podado assim na questão de, ela por exemplo, pede uma coisa que eu sei que tá complicado, que na rede não tá oferecendo no momento, a pessoa fica assustada e acaba que fica desacreditada até diante da comunidade. Eu acho que o limite hoje é quando a gente almeja chegar a um topo que você não chega e até a própria comunidade mesmo fica assim: poxa, a gente só vai lá, fala um monte, e quando eu chego lá a [...] médica me dá um monte de papel quando eu vou marcar não acho nada. Quer dizer, a gente fica assim um meia que com essas a [...] as frustrações no nosso dia a dia, mas... aí assim, a gente acaba perdendo o fio da meada porque fica desacreditada diante do povo (E.15TS).

Quando vem um treinamento às vezes é são questões que às vezes até vem coisas novas, mas se a rede não funciona da forma que deveria funcionar então não adianta (E.19TS).

Porém, diferentemente das demais falas, Oliveira (2009) refere que um dos limites do PSF está relacionado à precarização do trabalho e, principalmente, a falta de redes regionalizadas e hierarquizadas para garantirem o acesso universal a todos os níveis de atenção, o que o tem reduzido [o programa] a uma simples “porta de entrada sem saída”, com sérias barreiras para resolubilidade das demandas de saúde da população.

Por sua vez, segundo Celedônio e outros (2012), a prestação de alguns cuidados depende da organização do serviço. Neste sentido, os encaminhamentos e a continuidade do cuidado nas redes assistenciais necessitam do apoio da gestão para que eles atendam a demanda com práticas de saúde e os processos de trabalho orientados pelo princípio da integralidade.

Assim, para que haja a resolubilidade da produção do cuidado na ESF as redes de serviços devem ser organizadas com um planejamento exequível, que corresponda à realidade de saúde da população, até porque, entendemos que não adianta os trabalhadores da ESF fazerem os encaminhamentos se os usuários não conseguirem ter acesso aos serviços de saúde.

Ao analisarmos o PAS 2014-2015 (Doc.3) e o PMS 2014-2-17 (Doc.4) vimos que há uma preocupação da gestão em fazer com que a rede funcione de fato, tendo a Atenção Básica como sua ordenadora, para assegurar a resolubilidade das ações de saúde que deverão possibilitar uma maior integração entre os serviços de saúde e a resolubilidade da produção do cuidado, a partir das seguintes ações:

- reconhecimento da Atenção Básica como ordenadora do modelo assistencial e coordenadora do sistema de saúde;
- ampliação do Acesso da população aos serviços da Atenção Básica, garantindo a Estratégia de Saúde da Família como modelo prioritário;
- aumento da resolutividade na Atenção Primária;
- organização da central de regulação de forma articulada com as outras redes de atenção;
- organização da oferta e da demanda dos serviços de saúde com a implantação de sistemas de gestão democrática, compartilhada e dialógica.

Além destas ações, o PMS 2014-2017 (Doc.4) destaca outras ações:

- garantida assistência à saúde, em todas as ações básicas, na Rede Municipal de Saúde (UBS/USF);
- articulação da Atenção Básica com as demais redes de Atenção à Saúde;
- melhoria da comunicação e da articulação externa e interna nos serviços de saúde.
- regionalização e hierarquização da Rede de serviços de saúde, estabelecendo os protocolos de acesso aos serviços de saúde e os protocolos clínicos com diretrizes terapêuticas.
- promoção da descentralização da regulação em saúde de forma efetiva considerando critérios de priorização de acesso;
- implantação do Fórum permanente de discussão sobre a rede de saúde de Camaçari;
- qualificação das áreas meio (manutenção, compras, reformas, construção, levantamento de preços-Requisição de Compra) para que as implantações de serviços sejam mais resolutivos;
- garantia do acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política de atenção básica e da atenção especializada.

Todavia, para que a gestão faça com que tais ações consigam ser incorporados na prática deverá ter uma maior organização da rede assistencial, principalmente com uma melhor comunicação entre os serviços e um maior acesso dos usuários aos serviços de saúde.

Por conseguinte, concordamos com Oliveira (2009) que, para que o serviço de saúde seja resolutivo, é preciso garantir ao usuário ações e serviços, como o oferecimento de várias oportunidades de acesso terapêutico, além de assegurar a articulação de toda a rede de serviços (referência e contrarreferência) para que os usuários tenham resolutividade as suas necessidades de saúde. Mas, a autora ressalta que ações de saúde mais resolutivas precisam estar atreladas ao sistema de saúde que deve ter uma organização articulada e com complementaridade dos serviços e redes assistenciais, a partir da reorganização dos processos de trabalhos em que o usuário seja o centro das ações, e que haja o desenvolvimento de projetos coletivos de corresponsabilidade entre os sujeitos envolvidos.

Assim, para que as USF se constituam como serviços de saúde resolutivos é necessária a reorganização do sistema de saúde para o oferecimento do acesso terapêutico aos usuários para desenvolver as ações, tendo como eixo central o usuário.

Frente às atividades educativas desenvolvidas na Saúde da Família percebemos que a Educação Permanente em Saúde poderá influenciar a produção do cuidado. Concordamos com Paulino, Souza e Borges (2010) que a EPS é imprescindível para a consolidação da ESF, uma vez que ainda existem ‘lacunas’ na formação dos trabalhadores de saúde integrados à rede de saúde focada na produção do cuidado à saúde no atendimento a uma prática integral, resolutiva e humanizada.

Para tanto, acreditamos que a Educação Permanente em Saúde e os conhecimentos assimilados, portanto, possibilitam a reflexão sobre a formação, o trabalho, os problemas do serviço, as necessidades de transformações e a necessidade de se unir a comunidade, o que vai permitir o desenvolvimento de ações concretas e efetivas no cotidiano de trabalho.

5 SÍNTESE DO ESTUDO

A ESF é considerada uma das estratégias de reorganização da Atenção Básica e também uma das portas de entrada dos usuários aos serviços de saúde. Por esse motivo, é inegável a importância do trabalho desenvolvido pelos trabalhadores que atuam nas USF. E no desenvolvimento da sua prática, destacamos que é fundamental a realização de atividades educativas para que os trabalhadores possam ampliar e/ou incorporar ‘novos’ saberes e práticas na produção do cuidado em saúde.

Para analisarmos a prática da EqSF na EPS no município de Camaçari/BA, a partir da produção do cuidado em saúde, inicialmente, identificamos como tem sido desenvolvido o processo de trabalho das EqSFe, conseqüentemente, o processo de trabalho da EPS realizado pelo DAB, CEPS e Unidades de Saúde da Família estudadas.

O **objeto do trabalho** concebido pelos trabalhadores de saúde deste estudo levaram a três ideias principais: uma, relacionada à concepção de que o objeto de trabalho em saúde são as pessoas (usuário/população) que usam o serviço; outra, dirigida às atividades práticas de trabalho que desenvolvem; e, por fim, a assistência à saúde.

Como vimos, nem sempre o objeto do processo de trabalho dos trabalhadores e gestores de saúde tem como foco as pessoas e suas necessidades, o que pode dificultar a produção do cuidado em saúde, uma vez que está dever de atender as necessidades de saúde da população. E, neste sentido, os trabalhadores de saúde precisam incorporar saberes e práticas para que suas ações sejam orientadas para uma prática integral, resolutiva e humanizada.

Todavia, reconhecem como **finalidade do trabalho** prestar um serviço de qualidade no sentido de melhorar a vida das pessoas e satisfazer o usuário com as ações de prevenção, promoção e reabilitação; melhorar a situação epidemiológica da população; fazer uma reeducação da comunidade, uma vez que para eles o objetivo da ESF é abordar o sujeito integralmente.

Apesar da explicitação das finalidades, outras falas dos trabalhadores de saúde destacaram as finalidades da ESF como finalidade do seu processo de trabalho. Porém, implicitamente, ficou visível que a finalidade do trabalho desenvolvido nas USF é cuidar dos usuários.

É importante que os trabalhadores de saúde tenham tal clareza da finalidade do seu trabalho, pois assim eles poderão realizar suas atividades de acordo com as necessidades da população a que assistem.

Entretanto, encontramos uma fala diferente das demais sobre a finalidade do processo de trabalho ao enfatizar “auxiliar a cirurgia-dentista” da Estratégia Saúde da Família.

Dentre os **instrumentos de trabalho** utilizados pela EqSF foram referidos desde ferramentas e estruturas físicas até o diálogo e as orientações. Entretanto, em nenhum momento foi mencionado o conhecimento como um instrumento de trabalho, que consideramos indispensável para a produção do cuidado em saúde.

Por sua vez, os entrevistados referiram à utilização da tecnologia leve - relacionamento interpessoal estabelecido com os usuários - que consideramos importante para a criação de vínculo e a responsabilização, fundamentais para a realização de ações de saúde resolutivas na produção do cuidado à saúde.

A respeito do atendimento as necessidades de saúde dos usuários das USFI e USFII foi perceptível que as EqSF realizam atividades individuais e coletivas de promoção da saúde, prevenção e reabilitação dos agravos. Mas, ficou evidente que na USFI as atividades coletivas de saúde ficam limitadas pela falta de um espaço físico adequado para o desenvolvimento das suas ações.

É consenso entre os trabalhadores de saúde, que os **agentes do trabalho** é a EqSF, sem qualquer referência aos usuários como partícipes no desenvolvimento desse trabalho. É preciso que os trabalhadores e gestores de saúde concebam também os usuários enquanto sujeitos do processo de trabalho, para que eles possam participar das decisões sobre suas ações de saúde.

Na USFI, segundo uma trabalhadora de saúde a EqSF faz um trabalho em conjunto e todos assumem as ações propostas; há a cooperação entre os membros. Já na USFII há referência sobre uma melhoria do trabalho em equipe após a unidade aderir ao PMAQ.

A reunião em equipe, para as EqSF estudadas foi referenciada como a principal estratégia para a articulação do trabalho em equipe, pois nelas, são definidas as estratégias para o desenvolvimento do trabalho na unidade. Além da reunião em equipe os trabalhadores de saúde, de ambas as equipes, afirmaram também desenvolver a articulação do trabalho em equipe durante as ações cotidianas como exemplificado por uma trabalhadora da USFI ao afirmar que tem liberdade de “ir ao encontro do outro” quando necessário.

Porém, essa realidade, trazida nas falas, precisa ser relativizada, uma vez que tanto na compreensão de trabalhadores quanto de gestores a respeito do desenvolvimento do trabalho em equipe referiram que há um quantitativo de trabalhadores nos serviços que não possuem o “perfil” para atuar na ESF. O que, no nosso entendimento, pode dificultar ou ser

um obstáculo às ações prestadas aos usuários da ESF, e no desenvolvimento do trabalho em equipe de forma interdisciplinar. Tivemos também oportunidade de evidenciar na prática o trabalho em equipe nas USF estudadas e vimos que ainda não flui adequadamente o sistema de referência e contrarreferência, uma das dificuldades também referidas pelos trabalhadores e gestores que impedem, na maioria das vezes, a resolubilidade das necessidades dos usuários.

Por conseguinte, de acordo com alguns trabalhadores de saúde a principal dificuldade de encaminhamento no município de Camaçari está relacionada ao serviço terciário da atenção à saúde e serviços de saúde mental. Além do mais, outra dificuldade referida pelos trabalhadores ao se fazer a referência está relacionada à não devolução da ficha de contrarreferência pelo serviço ao qual o usuário foi encaminhado, porque não há uma sistematização na rede, desde a falta da ficha de contrarreferência, o que impossibilita a EqSF acompanhar, avaliar e supervisionar o tratamento dos usuários encaminhados.

Portanto, é necessário que a gestão de saúde do município discuta sobre a importância dessas fichas para a resolubilidade da produção do cuidado na ESF, e crie meios para que elas funcionem efetivamente na prática.

Além disso, entendemos que para o desenvolvimento da EPS é importante para que tanto os gestores quanto os trabalhadores de saúde a valorize para que possam avaliar as condições de saúde dos usuários.

A compreensão sobre a EPS pela maioria dos trabalhadores de saúde está associada à capacitação e atualização dos conhecimentos, pois precisam estar em constante processo de aprendizagem, uma vez que na saúde sempre há novos conhecimentos a serem apreendidos e colocados em prática.

Por conseguinte, para os gestores, a EPS deve acontecer de forma contínua e permanentemente; não deve ser um processo pontual. Além disso, eles concebem a EPS como um processo de reflexão das práticas com vistas à sua transformação. Contudo, compreendemos que os processos educativos devem ser desenvolvidos de acordo com a problematização da realidade de trabalho de cada serviço de saúde.

No estudo foram identificadas algumas dificuldades que prejudicam o desenvolvimento das ações de EPS como: a rotatividade profissional; a falta de profissionais com o perfil adequado para atuarem nos serviços de Atenção Básica; a necessidade de mais trabalhadores na CEPS e com a formação adequada para tal; a falta de materiais para realização das atividades; e a EPS não ser vista como prioridade pela gestão.

Os trabalhadores de saúde referiram como objetivos da EPS atualizar os conhecimentos; motivar os trabalhadores; capacitar os profissionais de saúde para que eles desenvolvam melhor o seu trabalho; e, incentivar o crescimento profissional.

Por sua vez, para os gestores, a EPS tem como objetivos provocar mudanças no processo de trabalho e melhorar as relações de trabalho, as habilidades técnicas e a assistência ao usuário.

Ficou evidente que o desenvolvimento das ações educativas para os trabalhadores de saúde são de responsabilidade da DAB, CEPS e equipe de saúde da família.

As atividades de EPS quando realizadas pela DAB são desenvolvidas pelos agentes das áreas técnicas e apoiadores institucionais. No entanto, há um distanciamento da proposta inicial do trabalho desse apoiador em suas ações, continuando com as ações anteriores de supervisão.

Entendemos que a configuração da DAB com os apoiadores institucionais e as áreas técnicas deveria oportunizar o planejamento em conjunto das ações. Mas, na prática, observamos que isso não tem acontecido; as ações tem sido pensadas separadamente, em que cada um desenvolve o seu trabalho individualmente. Uma situação que leva-nos a instigar os gestores da DAB a avaliarem o seu processo de trabalho na tentativa de pensar e fazer articulado com todos, que é fundamental para a obtenção de um trabalho de qualidade, tanto da gestão quanto dos trabalhadores de saúde.

Notamos também que entre gestores da DAB e da CEPS precisa ter um exercício de trabalho de interação e articulação. Esse entrosamento entre CEPS e DAB é necessário para que a CEPS oriente o desenvolvimento das atividades educativas da DAB de modo que estejam alinhadas ao proposto pela Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

Quanto a EPS, os gestores referiram algumas dificuldades para o desenvolvimento desse trabalho como a dificuldade de agendamento entre os setores para o encontro e a discussão sobre os processos educativos (a CEPS é responsável pela EPS de todos os serviços de saúde do município, e não se restringe apenas aos serviços da Atenção Básica); o tamanho da equipe da CEPS (apenas nove pessoas para o trabalho em todos os serviços de saúde do município); e a falta de profissionais com formação específica nas áreas de Saúde Coletiva e Pedagogia.

Além disso, tanto gestores da DAB quanto da CEPS explicitaram que a EPS ainda não é vista como prioridade, o que entendemos também como um limite para sua concretização. Outros limites foram citados, dentre eles a EPS não é computada como produtividade, apesar de ser uma atividade exigida aos trabalhadores de saúde da ESF; os

gestores, trabalhadores de saúde e usuários, ainda valorizam veementemente as doenças em detrimento das ações de promoção e prevenção.

Mesmo com alguns avanços, apresentados em algumas falas dos gestores e trabalhadores de saúde e nossa observação da prática, vimos que a EPS precisa ainda avançar na sua estruturação, porque apesar do desenvolvimento das atividades educativas elas têm acontecido de forma pontual, sem uma avaliação posterior.

Presenciamos alguns aspectos que precisam ser avaliados por dificultarem a implementação da EPS e a resolubilidade no processo de trabalho como a sobrecarga de serviço, condições de trabalho precária; a desqualificação do profissional; a alta rotatividade profissional; a impossibilidade de sair todos os trabalhadores de uma unidade para participarem de atividades educativas.

Além disso, na sua grande maioria na EPS tem acontecido na prática a priorização de uma categoria profissional para a realização das atividades. De acordo com alguns entrevistados geralmente as atividades realizadas fora da unidade são realizadas para enfermeiro, ou médico ou técnico de enfermagem. Na USFI, por sua vez, houve uma concentração das atividades e reuniões com os Agentes Comunitários de Saúde, enquanto que na USFII são realizadas com todos os componentes da equipe.

Deste modo, percebemos que apesar de alguns trabalhadores e gestores compreenderem a importância da problematização da realidade para a realização das atividades educativas ela ainda não foi incorporada, efetivamente, no processo de trabalho em saúde na Atenção Básica, e muitos trabalhadores de saúde não se assumiram enquanto protagonistas das atividades de EPS, sendo responsáveis também pelo seu processo de construção do conhecimento.

Outrossim, muitos esforços estão sendo realizados para a implementação da EPS e, dentre alguns deles, a criação do curso de facilitadores, que deverá possibilitar a presença de uma pessoa em cada unidade que, além de compreender mais claramente sobre a EPS, será o elo das USF com a CEPS; a realização do levantamento pela CEPS das necessidades de aprendizagem dos trabalhadores de saúde; e a utilização tanto pelo DAB quanto pela CEPS de metodologias que possibilitam a problematização da realidade.

Quanto à condução das atividades educativas realizadas na ESF há divergências: uma que é muito mais realizada pelos próprios profissionais da ESF do que pela DAB; outra, que as atividades educativas só acontecem nas USF com a presença do apoiador institucional.

Por sua vez, para algumas gestoras, muitas ESFs não discutem o processo de trabalho e não realizam atividades educativas; as unidades que as realizam possuem trabalhadores com uma formação acadêmica voltada para os processos de educação, que é justificado, segundo a gestora E.6, pelo fato dos trabalhadores de saúde acreditarem que eles não devem ser os responsáveis pelo desenvolvimento dessas ações.

Na prática observamos que tanto a USFI quanto a USFII as atividades educativas não utilizam a metodologia da problematização da realidade de trabalho para a identificação das necessidades de aprendizagem dos trabalhadores de saúde, apesar de referido por alguns dos trabalhadores da USFI utilizarem como referência para realização dessas atividades as suas necessidades. Na USFII, tivemos a oportunidade de observar naquele momento que eles analisam as datas comemorativas ou as atividades já realizadas sem uma problematização da realidade. Isso faz com que muitas vezes os temas não estejam relacionados às necessidades da equipe apesar de serem escolhidos em conjunto, o que leva a inadequação das atividades educativas as realidades dos trabalhadores de saúde. Contudo, nas duas unidades pesquisadas apreendemos, durante as atividades educativas, que houve diálogo e participação de todos os trabalhadores de saúde.

Outrossim, na USFII os processos educativos estão mais estruturados do que na USFI, pois nesta não há um planejamento das ações de saúde, enquanto que na USFII a equipe realiza o planejamento em conjunto e qualquer profissional pode ministrar as atividades, e usar variados recursos didáticos.

Mesmo tendo atentado que nas atividades educativas não é utilizada a metodologia da problematização e a identificação dos temas abordados nas atividades serem aleatórias, ainda assim, presenciamos que a USFII há uma maior aproximação com as proposições da PNEPS.

A respeito da influência das atividades educativas para a resolubilidade da produção do cuidado percebemos que os principais ganhos estão relacionados com a **capacidade técnica** dos trabalhadores de saúde

Dentre as contribuições das atividades da EPS para o desenvolvimento do trabalho na ESF são destacados: aumento do conhecimento; facilidade para o desenvolvimento do trabalho; crescimento profissional; melhoria do trabalho; dar uma resposta a comunidade sobre seus problemas de saúde; identificação das demandas da comunidade; melhoria da qualidade da assistência; maiores satisfações tanto do trabalhador com o trabalho quanto do usuário com o atendimento prestado; possibilidade de mudanças de prática; autonomia dos trabalhadores num trabalho interdisciplinar em busca da resolubilidade

da prática. Mas, a efetividade de tais avanços não poderão perder de vista que os conhecimentos e a responsabilização dos trabalhadores de saúde são essenciais para uma produção do cuidado à saúde humanizada, com integralidade e resolutiva.

Para tanto é essencial **otrabalho em equipe**, pois, permite que os trabalhadores de saúde, em especial os que já atuam há mais tempo nos serviços de saúde, se sintam mais abertos paratrabalharem em equipe; haja uma maior articulação entre a equipe para resolução das demandas dos usuários, e a melhoria tanto do desempenho da equipe quanto de cada trabalhador individualmente; além de uma maior interação/vínculo da equipe com a comunidade.

Apesar dos benefícios oferecidos pela EPS, para o desenvolvimento de um trabalho responsável, integral, humanizado e resolutivo, é necessário o funcionamento da rede dos serviços de saúde para uma produção do cuidado efetiva. Assim, a resolubilidade das ações da ESF está relacionada também a articulação das USF com os outros setores – **intersectorialidade**.

Por conseguinte, a prática da EPS permite que ocorra a intersectorialidade uma vez que cria condições para a identificação dos problemas para que os trabalhadores de saúde saibam como proceder em cada situação, quais os serviços são ofertados para cada caso no município para encaminhar os usuários diante das suas necessidades de saúde a serem atendidas.

Entretanto, para a resolução da necessidade de saúde o usuário precisa ter acesso ao serviço de saúde ao qual foi encaminhado. Porém, neste estudo, uma das dificuldades referidas é a fragilidade da rede de serviços, particularmente do sistema de referência e contrarreferência, prejudicando o atendimento dos usuários. Neste sentido, para que ocorra a resolubilidade da produção do cuidado na ESF é imprescindível o funcionamento das redes de assistência à saúde para que os usuários tenham acesso às práticas e serviços de saúde que necessitem.

Diante das contribuições da EPS para o desenvolvimento do trabalho na ESF percebemos que a EPS possibilita a consolidação da ESF, uma vez que permite que os trabalhadores de saúde desenvolvam ações de produção do cuidado com maior resolubilidade porque pode influenciar na capacidade técnica, no trabalho em equipe da EqSF e na intersectorialidade.

Enfim, consideramos que a partir deste estudo é necessária uma ampla discussão sobre a EPS com os trabalhadores de saúde e gestores, no intuito de possibilitar uma maior

compreensão, pois a EPS só poderá ser valorizada para a prática quando trabalhadores e gestores compreenderem sua importância e especificidades.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, M.O.A. **Reflexão crítica e colaboração:** articulação teoria e prática no desenvolvimento da atividade docente. Dissertação (Mestrado em Educação), Universidade Federal do Piauí, Teresina, 2008.

ALVES-MAZZOTTI, A. J.; GEWANDSZNAJDER, F. **O método nas Ciências Naturais e Sociais:** pesquisa quantitativa e qualitativa. 2 ed. São Paulo: Pioneira, 2000.

ARAUJO, Bianca de Oliveira. **Práticas Educativas para Agentes Comunitários de Saúde em uma Unidade de Saúde da Família.** Monografia de conclusão de curso – Universidade Estadual de Feira de Santana. Feira de Santana, 2012a.

ARAUJO, Bianca de Oliveira. **Educação Permanente em Saúde:** entendimento de enfermeiros dirigentes da atenção básica de um sistema municipal de saúde. Relatório Final sobre as atividades desenvolvidas como bolsista do Programa Bolsa de Iniciação Científica (PROBIC) - Universidade Estadual de Feira de Santana. Feira de Santana, 2012b.

ARAUJO, M.O. **Dinâmica organizativa do acesso dos usuários do PSF aos serviços e às práticas de saúde de média e alta complexidade.** Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva), Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2014.

ARAUJO, M.M.S.; ROCHA, P.M. 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.905-914, abr. 2007.

ASSAD, L.G.; VIANA, L.O. Formas de aprender na dimensão prática da atuação do enfermeiro assistencial. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.58, n. 5, p. 212-232, set.-out. 2005.

ASSIS, M.M.A. Dimensões teóricas e metodológicas da produção do cuidado em saúde. In: ASSIS, M.M.A. et al. **Produção do cuidado no Programa Saúde da Família:** olhares analisadores em diferentes cenários. Salvador, Ba: EDUFBA, 2010, 182 p.

ASSIS, M. M. A.; JORGE, M. S. B. Métodos de análise em pesquisa qualitativa. In: SANTANA, J. S. da S.; NASCIMENTO, M. A. A. do (Org.). **Pesquisa:** métodos e técnicas de conhecimento da realidade social. Feira de Santana, Ba: UEFS Editora, 2010, p. 139-159.

ASSIS, M. M. A. et al. **Resolubilidade na Estratégia Saúde da Família em dois cenários da Bahia, Brasil:** processo de cuidar versus responsabilização da equipe e dos dirigentes do SUS. Projeto de pesquisa, Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva (NUPISC) – Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2012.

BAHIA. Secretaria Estadual de Saúde. **Resolução CIB Nº 275/2012.** Aprova as regiões de saúde do Estado da Bahia e a instituição das Comissões Intergestores Regionais. Salvador, 15 de agosto de 2012. Disponível em: http://www1.saude.ba.gov.br/mapa_bahia/docs/RESOLU%C3%87%C3%83O%20275_15.08.2012_Aprova%20Regi%C3%B5es%20de%20Sa%C3%BAde%20e%20CIR.pdf. Acessado em: 23 de julho de 2014.

BAHIA. Regiões de Saúde do Estado da Bahia. Disponível em: http://www1.saude.ba.gov.br/mapa_bahia/result_REGIAO_SAUDE.asp?REGIAO_SAUDE=Cama%E7ari Acessado em: 23 de julho de 2014.

BAHIA. **Planejamento Regional Integrado**. Planejamento Regional Integrado – Observatório Baiano de Regionalização. Disponível em: http://www1.saude.ba.gov.br/mapa_bahia/result_REGIAO_SAUDE.asp?REGIAO_SAUDE=Cama%E7ari Acessado em: 29 de abril de 2015.

BALBINO, A.C. et al. Educação Permanente com os Auxiliares de Enfermagem da Estratégia Saúde da Família em Sobral, Ceará. **Trab. Educ. Saúde**. Rio de Janeiro, v. 8 n. 2, p. 249-266, jul./out.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. **Rev Gaúcha Enferm**. Porto Alegre, v.33, n.1. p.56-63, mar 2012.

BARRETO, I.C.H.C. et al. Gestão Participativa no SUS e a Integração Ensino, Serviço e Comunidade: a experiência da Liga de Saúde da Família, Fortaleza, CE. **Saúde Soc**. São Paulo, v.21, supl.1, p.80-93, 2012.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei Nº 8.142 de 28 de Dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, 28 de dezembro de 1990b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica: Programa Saúde da Família**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004**. Institui a política nacional de educação permanente em saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 16 fev. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Curso de formação de facilitadores da educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem – Práticas educativas no cotidiano do trabalho em saúde**. Rio de Janeiro: Brasil. Ministério da Saúde/FIOCRUZ, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007**. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da política nacional de educação permanente em saúde. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 22 ago. 2007a.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Diretrizes de educação em saúde visando à promoção da saúde documento base** – documento I/Fundação Nacional da Saúde. Brasília: Funasa, 2007b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 30 de dezembro de 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, DF, 28 de junho de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Rede humaniza SUS. Disponível em: <http://www.redehumanizasus.net/glossary/term/107>. Acesso em: 31 de outubro de 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 13 de junho. 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**: manual instrutivo para as equipes de Atenção Básica (Saúde da Família, Saúde Bucal e Equipes Parametrizadas) e NASF / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**. Portal da Saúde. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/cidadao_pmaq2.php?conteudo=entenda_pmaq
Acessado em: 2 de fevereiro de 2015.

BUSS, P. M. Promoção e educação em saúde no âmbito da Escola de Governo em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, sup. 2, p. 177-185, 1999.

CAMAÇARI. Município-História. 2010. Disponível em: <http://www.camacari.ba.gov.br/2010/historia.php>. Acessado em: 24 de julho de 2014.

CAMAÇARI. Secretária Municipal de Saúde. **Relatório Anual de Gestão 2012**. Camaçari-BA, 2012 (RAG 2012/Doc. 1).

CAMAÇARI. Secretária Municipal de Saúde. **Relatório Anual de Gestão 2013**. Camaçari-BA, 2013 (RAG 2013/Doc. 2).

CAMAÇARI. Secretária Municipal de Saúde. **Programação Anual de Saúde 2014-2015**. Camaçari-BA, 2014a (PAS 2014-2015/Doc. 3).

CAMAÇARI. Secretária Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2014-2017**. Camaçari-BA, 2014b (PMS 2014-2017/Doc4).

CAMAÇARI. Prefeitura Municipal de Camaçari. **Novo método de marcação de consulta**. Camaçari-BA, 2014c. Disponível em:
http://www.camacari.ba.gov.br/2010/detalhe_noticia.php?cod_noticia=17527 Acessado em 03 de fevereiro de 2015.

CARDOSO, I.M.; MURAD, A.L.G.; BOF, S.M.S. a institucionalização da educação permanente no programa de saúde da família: uma experiência municipal inovadora. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 3 n. 2, p. 429- 439, 2005.

CARVALHO, B.G et al. Percepção dos Médicos sobre o Curso Facilitadores de Educação Permanente em Saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Londrina, v. 35, n.1, p.132-141, 2011.

CASTRO, R.B. Eficácia, Eficiência e Efetividade na Administração Pública. 30º Encontro da ANPAD. Salvador, 23 a 27 de set. 2006. Acessado em: 19/01/2014. Disponível em:
<http://www.anpad.org.br/enanpad/2006/dwn/enanpad2006-apsa-1840.pdf>

CECCIM, Ricardo Burg. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface-Comunic, Saúde, Educ**. Botacatu, v. 9, n.16, p.161-177, 2005a.

CECCIM, Ricardo Burg. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.10, n.4, p.975-986, 2005b.

CECCIM, Ricardo Burg; FERLA, Alcindo Antônio. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. **Trabalho, Educação e Saúde**. v. 6, n. 3, p. 443-456, nov. 2008-fev. 2009.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura 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.

CELEDÔNIO, R.M. et al. Educação permanente em saúde e a prática clínica do enfermeiro na atenção básica. In: JORGE, M.S.B.; LIMA, L.L.; PINTO, A.G.A. **Caminhos da formação em saúde: políticas, desafios e contradições – ensino, pesquisa, cuidado e gestão**. Fortaleza: EdUECE, 2012, 309 p.

CHAHUÁN-JIMÉNEZ, J. Evaluación cualitativa y gestión del conocimiento. **Educación y Educadores**. Chia, v.12, n.3, p. 179-195, set./dez.2009.

CHIAVENATO, Idalberto. **Gestão de pessoas: o novo papel dos recursos humanos nas organizações**. 3 ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro, RJ: Elsevier, 579 p., 2010.

CNES. Ministério da Saúde. Esferas Administrativas. Disponível em: http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Esfera.asp?VEstado=29&VMun=290570. Acessado em: 23 de julho de 2014.

CORBANI, N.M.S.; BRÊTAS, A.C.P.; MATHEUS, M.C.C. Humanização do cuidado de enfermagem: o que é isso? **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v.62, n.3, p.349-354, maio-jun. 2009.

COSTA, V.Z.; et al. Educação permanente no Programa Saúde da Família: um estudo qualitativo. **InvestEducEnferm.** v.28, n.3, p.336-344, 2010.

COSTA, R.K.S.; ENDERS, B.C.; MENEZES, R.M.P. Trabalho em equipe de saúde: uma análise contextual. **CiencCuidSaude.** v.7, n.4, p.530-536, out.-dez. 2008.

DAVINI, Maria Cristina. Enfoques, problemas e perspectivas na educação permanente dos recursos humanos em saúde. In: **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.** Brasil: Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009, 64 p.

DIAS, V.A. **REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA:** Um importante Sistema para complementaridade da Integralidade da Assistência. Monografia (XIV Curso de Especialização em Saúde Pública), Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012.

DIMENSTEIN, M. et. al. Bases de apoio familiares e comunitárias como estratégia de enfrentamento à violência. **Psico** (PUCRS). Porto Alegre, v.1, n.1, p.55-64, 2005.

FALEIRO, L.M. et al. Considerações preliminares sobre Apoio Institucional e Educação Permanente. In: FALEIRO, L.M. **Experiências de Apoio Institucional no SUS:** da teoria à prática. 1. ed. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014.

FARAH, Beatriz Francisco. Educação em Serviço, Educação Continuada, Educação Permanente em Saúde: Sinônimos ou Diferentes Concepções? **Revista APS.** Juiz de Fora – NATES/UFJF, v. 6, n. 2, p.123-125, jul./dez. 2003. Acesso em: 18 de novembro de 2013. Disponível em: <http://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/Tribuna.pdf>

FARAH, Beatriz Francisco; PIERANTONI, Regina Célia. A utilização da metodologia da Problematização no Curso Introdutório para Saúde da Família do Pólo de Capacitação da UFJF. **Revista APS.** Rio de Janeiro, v.6, n.2, p.108-119, jul./dez2003.

FARIA, H.P. et al. **Processo de trabalho em saúde.** 2 ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009.

FERREIRA, Oscar Manuel de Castro; SILVA JUNIOR, Plínio Dias da. **Recursos audiovisuais no processo ensino-aprendizagem.** São Paulo: EPU, 1986. 144 p.

FIGUEREDO, Maria Fernanda santos; RODRIGUES-NETO, João Felício; LEITE, Máisa Tavares Souza. Modelos aplicados às atividades de educação em saúde. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília (DF), v. 63 n. 1, 117-12, jan. – fev. 2010.

FORTUNA, C.M. et al. O trabalho de equipe no programa de saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. **Rev Latino-am Enfermagem**. v.13, n.2, p.262-268, mar.-abr. 2005.

FORTUNA, Cinira Magali et al. Notas cartográficas do trabalho na Estratégia Saúde da Família: relações entre trabalhadores e população. **Rev. esc. enferm. USP** [online].v.46, n.3, p. 657-664, 2012.

FRANCO, T.B. Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do SUS. In: **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**. FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. São Paulo: Hucitec, 2013a.

FRANCO, T.B. O trabalhador de saúde como potência: ensaio sobre a gestão do trabalho. In: **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**. FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. São Paulo: Hucitec, 2013b.

FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. O reconhecimento de uma produção subjetiva do cuidado. In: FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 17 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

FREIRE, P. **Pedagogia da Autonomia**: saberes necessário à prática educativa. 18 ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

FREIRE, P. **Educação e mudança**. 28. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2005.

FREITAS, C.H.A. et. al. Formação e educação permanente e a produção de tecnologias em saúde e inovação do cuidado. In: : JORGE, M.S.B. et. al. **Matriciamento em Saúde Mental**: múltiplos olhares na diversidades da integralidade do cuidado. Feira de Santana: UEFS editora, 2012.

GUIMARÃES, E.M.P.; MARTIN, S.H.; RABELO, F.C.P. EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: Reflexões e desafios. **Ciencia y Enfermeria**. v.16, n.2, p. 25-33, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Censo demográfico de 2010**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/xtras/perfil.php?codmun=290570&search=bahia|camacari>. Acesso em: 25 julho 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **População estimada 2013**. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=290570&search=||infogr%E1ficos:-informa%E7%F5es-completas>. Acesso em: 24 de julho de 2014.

JULIANI, C.M.C.M.; CIAMPONI, M.H.T. Organização do sistema de referência e contra-referência no contexto do Sistema Único de Saúde: a percepção de enfermeiros. **Rev. Esc. Enf. USP**, v.33, n.4, p. 323-33, dez. 1999.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Maria de Andrade. **Fundamentos de Metodologia científica**. 6. ed. São Paulo, SP: Atlas, 2006. 315 p.

LEITE, M.T.S. et al. O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde na Formação Profissional. **Revista Brasileira de Educação Médica**. v.36, n.1, Supl. 1, p.111-118, 2012.

LIMA, L.L de et al. Dilemas da educação permanente em saúde: capacitação, atualização ou instrumento de consolidação do SUS? In: JORGE, M.S.B.; LIMA, L.L. de; PINTO, A.G.A. **Caminhos da formação em saúde: políticas, desafios e contradições – ensino, pesquisa, cuidado e gestão**. Fortaleza: Ed. UECE, 2012. 309 p.

LINO, M.M. et al. Educação permanente dos serviços públicos de saúde de Florianópolis, Santa Catarina. **Trab. Educ. Saúde**. Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 115-136, mar.-jun.2009.

LOPES, Sara Regina Souto et. al. Potencialidades da educação permanente para a transformação das práticas de saúde. **Com. Ciências Saúde**. v. 18, n. 2, 147-155, 2007.

MACHADO, Maria de Fátima Antero Sousa; VIEIRA, Neiva Francenely Cunha. Educação em saúde: o olhar da equipe de saúde da família e a participação do usuário. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [online]. v.17, n.2, p. 174-179, 2009.

MANCIA, Joel Rolim; CABRAL, Leila Chaves e KOERICH, Magda Santos. Educação permanente no contexto da enfermagem e na saúde. **Rev. Bras. Enferm.** [online]. Brasília (DF), v. 57, n. 5, p. 605-610, 2004.

MÉLO, Marisa Leal Correia; NASCIMENTO, Maria Angela Alves. Treinamento introdutório para enfermeiras dirigentes: possibilidades para gestão do SUS. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília (DF), v. 56, n. 6, p. 674-677, 2003.

MENDONÇA, C.S. Saúde da Família, agora mais do que nunca. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.14, Supl. 1, p.1493-1497, 2009.

MERHY, E.E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). In: CECÍLIO, L.C.O.; MERHY, E.E.; CAMPOS, G.W.S. **Inventando a mudança na saúde**. 3.ed. São Paulo: Hucitec, 334p., 2006a.

MERHY, E.E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. **Agir em saúde: um desafio para o público**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 385 p., 2006b.

MERHY, E.E. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar modelos de atenção. In: MERHY, E.E. et. al. **O trabalho em saúde: olhando e experimentando o SUS no cotidiano**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 296 p., 2006c.

MERHY, E.E. O cuidado é um acontecimento e não um ato. In: FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013a.

MERHY, E.E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em ato, em saúde. In: FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013b.

MERHY, E.E.; FRANCO, T. B. Trabalho em saúde. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, organizador. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/trasau.html> Acessado em: 01 de fevereiro de 2015

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1999.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira; CRUZ NETO, Otavio. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 26. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2007. 108 p.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12 ed. Rio de Janeiro: Hucitec, 407 p., 2010.

MINAYO, M.C.S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2011.

MINOZZO, F.; COSTA, I.I. Apoio matricial em saúde mental entre CAPS e Saúde da Família: trilhando caminhos possíveis. **Psico-US**, Bragança Paulista, v. 18, n. 1, p. 151-160, jan./abril 2013.

MOREIRA, M.A.; MASINI, E.F.S. **Aprendizagem significativa: a teoria de David Ausubel**. 2 ed. São Paulo: Centauro, 2006.

NASCIMENTO, M.A.A. Correntes do pensamento na pesquisa social: Positivismo, Fenomenologia e Dialética. In: SANTANA, J. S. da S.; NASCIMENTO, M. A. A. do (Org.). **Pesquisa: métodos e técnicas de conhecimento da realidade social**. Feira de Santana, Ba: UEFS Editora, 2010, p. 25-57.

NUNES, A.A et al. Resolubilidade da Estratégia Saúde da Família e Unidades Básicas de Saúde Tradicionais: Contribuições do PET-Saúde. **Revista Brasileira De Educação Médica**. V. 36, n.1, Supl. 1, p. 27-32, 2012.

OLIVEIRA, B.R.G. et al. O processo de trabalho da equipe de enfermagem na UTI neonatal e o cuidar humanizado. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis, v.15 (Esp), p. 105-13, 2006.

OLIVEIRA, Maria Marly de. **Como fazer pesquisa qualitativa**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007. 182 p.

OLIVEIRA, S.S. **Produção do cuidado nas equipes de Saúde da Família em busca da resolubilidade da atenção**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva), Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2009.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. **A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate.** / Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

PAIM, J.S. Políticas de Saúde no Brasil. In: ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e Saúde**. 6 ed. Rio de Janeiro: MEDSO, 2003, 728 p.

PAIM, J.S. et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**. Londris, v.377, n.9779, p.11-31, maio 2011. Disponível em: <http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor1.pdf> Acesso em: 13 de novembro de 2014.

PAGANI, R.; ANDRADE, L.O.M. Preceptoria de Território, Novas Práticas e Saberes na Estratégia de Educação Permanente em Saúde da Família: o estudo do caso de Sobral, CE. **Saúde Soc**. São Paulo, v.21, supl.1, p.94-106, 2012.

PAPOULA, S.R. **O processo de trabalho intersectorial das Equipes de Saúde da Família no município de Petrópolis-RJ: fatores restritivos e facilitadores**. Dissertação (Mestrado Saúde Pública), Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2006.

PASCHOAL, Amarílis Schiavon; MANTOVANI, Maria de Fátima e MEIER, Marineli Joaquim. Percepção da educação permanente, continuada e em serviço para enfermeiros de um hospital de ensino. **Rev. esc. enferm. USP (online)**. São Paulo, v. 41, n. 3, p. 478-484, set. 2007.

PAULINO, V.C.P. et al. Ações de de educação permanente no contexto da Estratégia saúde da família. **Rev. enferm. UERJ**. Rio de Janeiro, v.20, n.3, p.312-316, jul.-set. 2012.

PAULINO, V.C.P.; SOUZA, P.R.; BORGES, C.J. Contribuições da educação permanente em serviço no contexto da estratégia de saúde da família. **Revista Eletrônica do Curso de Pedagogia do Campus jataí – UFG**. v.2, n.9, 2010.

PEDUZZI, M.; SCHRAIBER, L.B. Processo de trabalho em saúde. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, organizador. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/protrasau.html> Acessado em: 01 de fevereiro de 2015.

PELIZZARI, Adriana; et al. Teoria da Aprendizagem Significativa Segundo Ausubel. **Rev. PEC**, Curitiba, v.2, n.1, p.37-42, jul. 2001-jul. 2002.

PEREIRA, I.B.; RAMOS, M.N. **Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2013.

PESSANHA, R.V; CUNHA, F.T.S. A aprendizagem-trabalho e as tecnologias de saúde na estratégia saúde da família. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis, v.18, n.2, p.33-240, abr./jun. 2009.

PINTO, A.G.A. et al. Apoio matricial como dispositivo do cuidado em saúde mental na atenção primária: olhares múltiplos e dispositivos para resolubilidade. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.17, n.3, p.653-660, 2012.

PIRES, V.M.M.M.; RODRIGUES-NETO, V.P.; NASCIMENTO, M.A.A. Sentidos da integralidade do cuidado na saúde da família. **Rev. Enferm. UERJ**. Rio de Janeiro, v.18, n.4, p.622-627, out.-dez. 2010.

POLIGNANO, M.V. História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão. **Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso**. 2005. Disponível em: <http://www.saude.mt.gov.br/ces/arquivo/2165/livros>. Acessado em: 18 de agosto de 2014.

POLI NETO, Paulo; CAPONI, Sandra. Medicalização revisitando definições e teo TESSER, C.D. **Medicalização social e atenção à saúde no SUS**. São Paulo: Ed. 2010.

RIBEIRO, Eliana Claudia de Otero; MOTTA, Jose Inácio Jardim. Educação permanente como estratégia na reorganização dos serviços de saúde. **Divulg. saúde debate**. v.12, p. 39-44, jul. 1996.

RICALDONI, Carlos Alberto Caciquinho e SENA, RoseniRosângela de. Educação permanente: uma ferramenta para pensar e agir no trabalho de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem (online)**. Ribeirão Preto, v. 14, n. 6, p. 837-842, nov./ dez. 2006.

ROECKER, S.; BUDÓ, M.L.D.; MARCON, S.S. Trabalho educativo do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: dificuldades e perspectivas de mudanças. **RevEscEnferm USP**. v.46, n.3, p.641-649, 2012.

SANTANA, J. S. da S. O projeto de pesquisa. In: SANTANA, J. S. da S.; NASCIMENTO, M. A. A. do (Org.). **Pesquisa: métodos e técnicas de conhecimento da realidade social**. Feira de Santana, Ba: UEFS Editora, 2010, p. 69-86.

SANTOS, Adriano Maia dos e ASSIS, Marluce Maria Araújo. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des)construindo a prática de saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) de Alagoinhas, BA. **Ciênc. Saúde Coletiva (online)**. v.11, n.1, p. 53-61, 2006.

SARRETA, Fernanda de Oliveira. Educação Permanente em Saúde para os Trabalhadores do SUS. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” Faculdade de História, Direito e Serviço Social. Franca, 2009. Acessado em: 27 de agosto de 2014. Disponível em: <http://acervo-digital.espm.br/e-books/305879.pdf>

SARRETA, F.O.; BERTANI, I.S. Perspectivas da educação permanente em saúde. **Revista Ibero-Americana de estudos em educação**. v.4, n.3, 2009.

SAUPE, R. et al. Competência dos profissionais da saúde para o trabalho interdisciplinar. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v.9, n.18, p.521-36, set/dez 2005.

SAUPE, Rosita; CUTOLO, Luiz Roberta Agea; e SANDRI, Juliana Vieira de Araújo. Construção de Descritores para o Processo de Educação Permanente em Atenção Básica. **Trab. Educ. Saúde**, v. 5, n. 3, p. 433-452, nov.2007/fev.2008.

SCHLEMMER, Eliane. Projetos de aprendizagem baseados em problemas: uma metodologia interacionista/construtivista para formação de comunidades em ambientes virtuais de aprendizagem. **Colabor@**- Revista Digital da CVA – Ricesu. v.1, n.2, nov.2001.

SERRA, C.G.; RODRIGUES, P.H.A. Avaliação da referência e contrarreferência no Programa Saúde da Família na Região Metropolitana do Rio de Janeiro (RJ, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**. v.15(Supl. 3), p.3579-3586, 2010.

SILVA, L.A.A. et. al. Desafios na construção de um projeto de educação permanente em saúde. **RevEnferm UFSM**. v.2, n.3, p. 496-506, set./dez. 2012.

SILVA, C.T. et. al. Educação Permanente em saúde: percepção de profissionais de uma residência multidisciplinar. **RevEnferm UFSM**. v.3 (esp.), p.627-635, 2013.

SILVA, K.N. **Trabalho em equipe na produção do cuidado em saúde no Programa Saúde da Família**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva), Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2014.

SILVA, J.A.M.; PEDUZZI, M. Educação no Trabalho na Atenção Primária à Saúde: interfaces entre a educação permanente em saúde e o agir comunicativo. **Saúde Soc.** S Paulo, v.20, n.4, p.101801032, 2011.

SILVA, Jaqueline Alcântara Marcelino da; OGATA, Márcia Niituma; MACHADO, Maria Lúcia Teixeira. Capacitação dos trabalhadores de saúde na atenção básica: impactos e perspectivas. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. v. 9, n. 2, p. 389-401, 2007.

SILVA JÚNIOR, A.G.; ALVES, C.A. Modelos Assistenciais em Saúde: desafios e perspectivas. In: MOROSINI MVGC, CORBO ADA (Orgs). **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, p.27-41, 2007.

SILVA, Cheila Portela; DIAS, Maria Socorro de Araújo; RODRIGUES, Angelo Brito. Práxis educativa em saúde dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 14, p. 1453-1462, set./out. 2009.

SMAHA, I.N.; PAULILO, M.A.S. A trajetória da Educação Permanente em Saúde e a experiência da 20ª Regional de Saúde. In: **I Seminário Nacional Sociologia e Política “Sociedade e Políticas em Tempos de Incerteza”**. UFRP, 2009. ISSN: 2175-6880 (online). Acessado em: 27 de agosto de 2014. Disponível em: <http://www.humanas.ufpr.br/site/evento/SociologiaPolitica/GTs-ONLINE/GT1/EixoIV/trajetoria-educacao-IndiaNara.pdf>

SOUZA, S.S. et al. Reflexões de profissionais de saúde acerca do seu processo de trabalho. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. v.12, n. 3, p.449-55, 2010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i3.6855> Acessado em: 01 de fevereiro de 2015.

STAHLSCIMIDT, A.P.M. Integralidade, construção e socialização de conhecimentos no contexto da educação permanente e atuação de profissionais da área da saúde. **Interface**. v.16, n.42, p.819-827, jul.-set. 2012.

STROSCHEIN, Karina Amadori; ZOCHE, Denise Antunes Azambuja. Educação permanente nos serviços de saúde: um estudo sobre as experiências realizadas no Brasil. **Trab. educ. saúde** [online]. v.9, n.3, p. 505-519, nov. 2011/ fev.2012.

TARDIF, Maurice. **Saberes docentes e formação profissional**. 8. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

TELLES, F.B.; IBIAPINA, I.M.L.M.Prática pedagógica na educação infantil: breve panorama histórico. **GT 01 - Práticas Docentes e Profissionalização de Professores**. Disponível em: http://www.ufpi.br/subsiteFiles/ppged/arquivos/files/eventos/evento2009/GT.1/8_Fabricia%20Pereira%20Teles.pdf. Acesso em: 14 de janeiro de 2014.

TESSER, C.D. et al. Estratégia saúde da família e análise da realidade social: subsídios para políticas de promoção da saúde e educação permanente. **Ciência & Saúde Coletiva**. V.16, n.11, p.4295-4306, 2011.

TRINDADE, V.D. **Gestão em Sistema de Preparação de Pessoal**: Um Estudo na Secretaria da Saúde no Município de Camaçari/BA no período 2006-2007. Monografia (especialização) Curso de Especialização em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz. Recife, 2008. Acessado em: 28 de agosto de 2014. Disponível em: <http://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2008trindade-vd.pdf>

TRIVINOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação: o positivismo, a fenomenologia, o marxismo. São Paulo: Atlas, 2008. 175 p.

TURRINI, R.N,T; LEBRÃO, M.L.; CESAR, C.L.G. Resolutividade dos serviços de saúde por inquérito domiciliar: percepção do usuário. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.24, n.3, p.663-674, mar. 2008.

VICENT, Simone Paes. Educação permanente: componente estratégico para a implementação da política nacional de atenção oncológica. **Revista Brasileira de Cancerologia**.v.53, n.1, p.79-85, 2007.

ZAVARESE DA COSTA, Valdecir; CEZAR-VAZ, Marta Regina; SILVEIRA CARDOSO, Letícia; DE SOUZA SOARES, Jorgana Fernanda. Educação permanente no Programa Saúde da Família: um estudo qualitativo. **Invest. educ. enferm** [online], v.28, n.3, pp. 336-344, 2010. Acessado em: 15 de janeiro. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/iee/v28n3/v28n3a04.pdf>

APÊNDICES

APÊNDICE A - ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

Trabalhadores de saúde da Estratégia Saúde da família



Universidade Estadual de Feira de Santana

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – Mestrado Acadêmico

Pesquisadora responsável: Bianca de Oliveira Araujo

Pesquisadora colaboradora: Prof^a. Dr^a. Maria Angela Alves do Nascimento

Entrevista (nº)	Código do Entrevistado	Início (hora)	Término (hora)	Data
				___/___/2014

1 Caracterização do(a) entrevistado(a):

1.1 Sexo: M() F()

1.2 Idade: ____ anos

1.3 Formação: _____

1.4 Tempo de formação: ____ anos

1.5 Local de trabalho: ()PSF ()UBS ()Coordenação Atenção Básica () Setor de EPS

1.6 Função/ Cargo: _____

1.7 Tempo de serviço: _____

1.8 Tem duplo vínculo: () NÃO ()SIM Onde? _____

1.9 Pós-Graduação: () NÃO ()SIM Qual área? _____

2Temas norteadores

2.1 Política da Educação Permanente em Saúde

2.1.1 Concepção;

2.1.2 Proposta de trabalho: metodologia;

2.1.3 Finalidades/objetivo (s);

2.1.4 Atividades desenvolvidas;

2.1.5 Equipe de trabalho.

2.2 Processo de trabalho da equipe Saúde da Família

2.2.1 Objeto;

2.2.2 Finalidade;

2.2.3 Instrumentos de trabalho;

2.2.4 Atividades desenvolvidas (metodologia/estratégias e ações);

2.2.5 Agentes.

2.3 Resolubilidade das práticas de Educação Permanente em Saúde

2.3.1 Trabalho em equipe (processo de trabalho – planejamento, desenvolvimento das ações -, articulação entre trabalhadores).

2.3.2 Capacidade técnica (conhecimento para exercer suas funções, compromisso).

2.3.3 Intersetorialidade (espaços de participação, articulação com outros serviços de saúde).

APÊNDICE B - ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

Gestores e dirigentes da Atenção Básica e do setor de Educação Permanente em Saúde



Universidade Estadual de Feira de Santana

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – Mestrado Acadêmico

Pesquisadora responsável: Bianca de Oliveira Araujo

Pesquisadora colaboradora: Prof^a. Dr^a. Maria Angela Alves do Nascimento

Entrevista (nº)	Código do Entrevistado	Início (hora)	Término (hora)	Data
				___/___/2014

1 Caracterização do(a) entrevistado(a):

1.1 Sexo: M() F()

1.2 Idade: ___ anos

1.3 Formação: _____

1.4 Tempo de formação: ___ anos

1.5 Local de trabalho: ()PSF ()UBS ()Coordenação Atenção Básica () Setor de EPS

1.6 Função/ Cargo: _____

1.7 Tempo de serviço: _____

1.8 Tem duplo vínculo: () NÃO ()SIM Onde? _____

1.9 Pós-Graduação: () NÃO ()SIM Qual área? _____

2 Temas norteadores

2.1 Política da Educação Permanente em Saúde

2.1.1 Concepção;

2.1.2 Proposta de trabalho: metodologia;

2.1.3 Finalidades/objetivo (s);

2.1.4 Ações desenvolvidas;

2.1.5 Equipe de trabalho.

2.2 Processo de trabalho da equipe do setor de EPS

2.2.1 Objeto;

2.2.2 Finalidade;

2.2.3 Instrumentos de trabalho;

2.2.4 Atividades desenvolvidas;

2.2.5 Metodologia (tipo de metodologia – estratégias, temporalidade, articulação teoria-prática, identificação das necessidades/problemas de saúde);

2.2.6 Agentes.

APÊNDICE C- ROTEIRO OBSERVAÇÃO SISTEMÁTICA



Universidade Estadual de Feira de Santana
 Departamento de Saúde
 Pesquisadora responsável: Bianca de Oliveira Araujo
 Pesquisadora colaboradora: Prof^a. Dr^a. Maria Angela Alves do Nascimento

Código	Nome do Serviço de Saúde	Tempo de funcionamento	Tipo de Serviço	Data
				___/___/2014

ROTEIRO

1 Organização do processo de Educação Permanente em Saúde

- ✓ Processos de organização das atividades educativas: escolha dos temas, do público alvo, da metodologia a ser utilizada, dos recursos didáticos a serem utilizadas, entre outros;
- ✓ Responsáveis pela organização e pela realização das atividades educativas;
- ✓ Responsável pela supervisão do processo de EPS;
- ✓ Tempo para organização e realização das atividades educativas.
- ✓ Práticas da EPS:
 - execução propriamente dita;
 - avaliação/acompanhamento;
 - formas de participação dos sujeitos (trabalhadores de saúde)
- ✓ Resolubilidade das práticas:
 - Trabalho em equipe;
 - Capacidade técnica;
 - Intersetorialidade.

APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós, Bianca de Oliveira Araujo (pesquisadora responsável) e Maria Angela Alves do Nascimento (pesquisadora colaboradora) estamos lhe convidando para participar da pesquisa “Educação Permanente em Saúde na Estratégia Saúde da Família em busca da resolubilidade da produção do cuidado” do Núcleo de Pesquisa Integrado em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana. Este estudo tem como objetivo analisar a prática da Educação Permanente em Saúde na Estratégia em Saúde da Família em busca da resolubilidade da produção do cuidado em saúde. Sua realização poderá contribuir com o processo de discussão das práticas educativas dos profissionais de saúde para a resolubilidade da produção do cuidado, além de poder colaborar com a melhoria do cuidado aos indivíduos e às famílias assistidas pelas equipes de saúde da família, como também valorizar a atuação dos trabalhadores de saúde e gestores para a melhoria da qualidade dos serviços ofertados. Os riscos que esta pesquisa traz são mínimos e podem estar relacionados com a possibilidade do constrangimento em falar sobre sua prática de Educação Permanente em Saúde (desconhecimento sobre o assunto) além do desconforto da observação da prática, e a preocupação (medo, vergonha) sobre os resultados da pesquisa. Para realização da pesquisa os dados serão coletados através da entrevista, da observação e da análise documental. Se você consentir participar do estudo a entrevista será agendada de acordo com a sua disponibilidade e gravada com sua permissão, em um gravador digital portátil. As entrevistas, juntamente com as anotações das observações serão copiadas para um CD-R e apagadas do gravador logo em seguida. Caso a pesquisadora ou você perceba algum risco ou dano à sua saúde causado pela participação neste estudo, o mesmo será interrompido imediatamente. Se você aceitar participar da pesquisa, a sua participação não lhe trará nenhuma despesa ou benefício material; você será entrevistado em local que garanta a privacidade, livre da vista e escuta de outras pessoas; seu anonimato será assegurado. Após a entrevista você poderá solicitar ouvir a gravação e retirar e/ou acrescentar quaisquer informações. Porém, se você for prejudicado de alguma maneira devido a sua participação nesta pesquisa, a pesquisadora terá a responsabilidade de acompanhá-lo nessa situação, inclusive sobre os gastos financeiros que possam lhe atingir. O material da gravação será arquivado pelas pesquisadoras no Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva por um período de cinco (5) anos e após esse período será destruído; caso não autorize a gravação registraremos a sua entrevista em folha de papel sem a sua identificação. No momento que você tiver necessidade de esclarecimento de dúvidas ou desistência da pesquisa, a pesquisadora responsável pode ser encontrada no Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva localizado no Prédio do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, no VI Módulo da Universidade Estadual de Feira de Santana, Tel: (75) 3161-8162. Esclarecemos que os resultados desta pesquisa serão utilizados apenas em eventos científicos, tais como congressos, simpósios, seminários, e publicados em revistas científicas, livros, artigos, além de serem apresentados a gestão do município e trabalhadores com fins científicos. Caso você aceite participar da pesquisa deverá assinar duas vias deste documento, sendo que uma ficará com você e a outra com os pesquisadores. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana.

Camaçari – BA, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Entrevistado

Bianca de Oliveira Araujo
 Pesquisadora Responsável (Tel. 075 3161-8162)

Maria Angela Alves do Nascimento
 Pesquisador Colaboradora (Tel. 075 3161-8162)