

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

JULIANE PEREIRA PIMENTA MATTEDI

**ESPECIALIZAÇÃO EM ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA:  
INSTRUMENTO DE TRANSFORMAÇÃO DA PRÁTICA  
PROFISSIONAL**

VITÓRIA  
2015

JULIANE PEREIRA PIMENTA MATTEDI

**ESPECIALIZAÇÃO EM ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA:  
INSTRUMENTO DE TRANSFORMAÇÃO DA PRÁTICA  
PROFISSIONAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito final para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva na área de concentração em Política e Gestão em Saúde.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maristela Dalbello-Araujo.

VITÓRIA  
2015

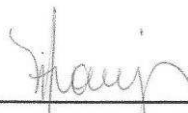
**Juliane Pereira Pimenta Mattedi**

*Especialização em Estratégia Saúde da Família:  
Instrumento de Transformação da Prática Profissional*

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito final para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva na área de concentração em Política e Gestão em Saúde.

Aprovada em 24 de março de 2015.

**COMISSÃO EXAMINADORA**



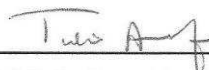
---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maristela Dabello-Araujo  
Universidade Federal do Espírito Santo - PPGSC  
Orientadora



---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Cristina Ramos  
Universidade Federal do Espírito Santo  
Membro externo



---

Prof<sup>o</sup>. Dr<sup>o</sup>. Tulio Alberto Martins de Figueiredo  
Universidade Federal do Espírito Santo - PPGSC  
Membro interno

*Ao meu grande amor, Renato, que abraçou  
esse meu sonho como se fosse seu.*

*Ao meu filho, Daniel que ainda não chegou,  
mas já transborda o meu ser de alegria.*

*Aos meus pais, José e Penha, pelo amor,  
apoio e incentivo.*

## AGRADECIMENTOS

*A Deus pela força e à Nossa Senhora pela constante intercessão.*

*Ao Renato, meu esposo, que esteve comigo durante toda essa caminhada, amando-me e incentivando-me. A ele todo o meu amor.*

*Aos meus pais, José e Penha, principalmente pela oração e por entenderem a minha ausência.*

*À minha sogra, cunhados e cunhada pelo apoio e por acreditarem o quanto esse sonho era possível.*

*À todos os amigos e em especial aos amigos-irmãos, Carol e Márcio pelo carinho e pela alegria, e por me ajudarem a levar a vida de forma mais leve nesse período de pesquisa.*

*Aos amigos Mary e Renato, pelas orações e o ombro amigo. E principalmente por me proporcionarem viver um momento muito especial, de ser madrinha da Maria, esse anjinho de criança que enche o meu coração de alegria.*

*À Dr.<sup>a</sup> Maristela Dalbello-Araujo por aceitar ser minha orientadora neste trabalho, pela competência, dedicação e paciência no exercício da orientação, colaborando não só intelectualmente, mas afetivamente em todo o processo de construção dessa pesquisa.*

*Aos amigos do GEMTES, pela troca de conhecimentos, pelos sorrisos e abraços que tornaram esse percurso mais feliz.*

*À Bruna Quintanilha por sua contribuição tanto no Grupo focal quanto em diversos momentos de partilha do saber.*

*À turma do Mestrado 2013 pelas discussões e pela amizade construída.*

*Aos professores e funcionários da instituição que tive a oportunidade de conviver nesse período acadêmico.*

*À minha chefe Marilda de Souza Venzel pelo apoio e por tudo que fez por mim. E aos colegas do Hospital São Francisco que estiveram presentes nessa jornada.*

*Aos Profissionais da ESF do município de Vitória, que participaram da pesquisa e concederam-me a oportunidade de conhecer detalhadamente esse processo.*

*À banca examinadora por aceitar gentilmente participar do processo, contribuindo com seus apontamentos e conhecimentos na área.*

*Agradeço a todas as pessoas, mesmo não mencionadas, que contribuíram com os seus conhecimentos, apoiaram-me emocionalmente, espiritualmente e que foram fundamentais para realização dessa conquista.*

*Desistir... eu já pensei seriamente nisso, mas nunca me levei realmente a sério; é que tem mais chão nos meus olhos do que o cansaço nas minhas pernas, mais esperança nos meus passos, do que tristeza nos meus ombros, mais estrada no meu coração do que medo na minha cabeça (Cora Coralina)*

## RESUMO

MATTEDI, J. P. P. Especialização em estratégia saúde da família: instrumento de transformação da prática profissional. 2015. 118p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2015.

Os debates sobre a Educação Permanente em Saúde se intensificaram a partir da institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS) com intuito de elaborar políticas de valorização dos profissionais para que os princípios do SUS pudessem refletir na qualidade da assistência. Muitas iniciativas foram realizadas neste interim, muitas no formato de cursos de especialização. Esta pesquisa objetivou analisar se o curso de Especialização em Estratégia Saúde da Família (ESF), ministrado pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Vitória (SEMUS) em 2010-2011, contribuiu para alterar a prática dos profissionais nas unidades saúde da família (USF) de Vitória/ES. O estudo é descritivo e com abordagem qualitativa. Para tal foram realizadas três sessões de grupo focal com a participação de 16 egressos do curso de diversas categorias profissionais e de diferentes unidades de saúde. Os dados apontam que após o curso houve mudanças tanto no âmbito pessoal quanto no profissional, tais como no trabalho em equipe, conhecimento de suas competências na ESF, troca de experiências, vínculo com outras equipes do sistema de saúde e aprofundamento nos princípios da ESF. Por outro lado, relataram que há grandes entraves para colocar plenamente em prática muitos dos conteúdos do curso, tais dificuldades dizem respeito à organização do trabalho nas USF, tais como a exigência pela produtividade, a formação dos profissionais com base no modelo biomédico tradicional e a distância entre o cotidiano das USF e os princípios que regem a ESF.

**Palavras-chave:** Educação permanente em saúde. Estratégia saúde da família. Especialização.



## ABSTRACT

MATTEDI, J.P.P Specialization in family health strategy: professional practice transformation tool. 2015. 118p. Master's thesis (Public Health) - Post-Graduate Program in Public Health, Federal University of Espirito Santo, Vitoria, 2015.

Discussions on Continuing Education in Health intensified after the institutionalization of the Unified Health System (SUS) aiming to develop the professional valuation policies for SUS principles could reflect the quality of care. Many initiatives have been undertaken in the meantime, many of the specialized courses format. This paper analyzes the Specialization Course in Family Health Strategy (ESF), administered by the Federal University of Espirito Santo (UFES) in partnership with the City Department of Health Vitoria (SEMUS) in 2010-2011, contributed to change professional practice in the Family Health Units (USF) of Vitoria/ES. The study is descriptive and qualitative approach. For this there were three sessions focus group with the participation of 16 graduates of the course of deferent professional categories and different health units. The data show that after the course there were changes both personal and a professional, such as teamwork, knowledge of their skills in the ESF, exchange of experiences, link with other teams of the health system and strengthening the principles of ESF. On the other hand, reported that there are major obstacles to put fully into practice many of the course content, such difficulties are related to the work organization in USF, such as the requirement for productivity, training of professionals based on the traditional biomedical model and the distance between the daily lives of USF and the principles governing the ESF.

**Keywords:** Continuing education in Health. Family health strategy. Specialization.

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CCS	Centro de Ciência em Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CFB	Constituição Federal Brasileira
CGR	Colegiado de Gestão Regional
CIES	Comissão de Integração Ensino-Serviço
CODRHU	Coordenadoria de Desenvolvimento de Recursos Humanos
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CNRH	Conferência Nacional de Recursos Humanos
CNS	Conferência Nacional de Saúde
DAB	Departamento de Atenção Básica
DEGERTS	Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde
DEGES	Departamento de Gestão da Educação na Saúde
EC	Educação Continuada
EMESCAM	Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca
EP	Educação Permanente
EPS	Educação Permanente em Saúde
ES	Espírito Santo
ESF	Estratégia Saúde da Família
FAESA	Faculdades Integradas Espírito-Santenses
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
GEMTES	Grupo de Estudo em Trabalho e Saúde
GF	Grupo Focal
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
MS	Ministério da Saúde
NESC	Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva
NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde

OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PEP	Programa de Educação Permanente
PEPS	Pólos de Educação Permanente em Saúde
PEPSUS/ES	Pólo de Educação Permanente em Saúde do Espírito Santo
PET- SAÚDE	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PÓLO-SF	Pólo de Capacitação, Formação e Educação Permanente em Saúde da Família
PROFAE	Programa de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem
PROFAPS	Programa de Formação na Área de Educação Profissional em Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
REFORSUS	Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde
RH	Recursos Humanos
SESA	Secretaria de Saúde do Estado do Espírito Santo
SEMUS	Secretaria Municipal de Saúde de Vitória
SENADEM	Seminário Nacional das Diretrizes para Educação em Enfermagem
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFES	Universidade Federal do Espírito Santo
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
USF	Unidade de Saúde da Família
USP	Universidade de São Paulo
UVV	Universidade de Vila Velha
VER-SUS	Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>14</b>
<b>2 TRAJETÓRIA HISTÓRICA: DA EDUCAÇÃO CONTINUADA À EDUCAÇÃO PERMANENTE</b> .....	<b>16</b>
2.1 A EDUCAÇÃO PERMANENTE NO CAMPO DA SAÚDE .....	20
2.2 POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE .....	24
<b>2.2.1 Ações de educação permanente em saúde no Brasil</b> .....	<b>31</b>
<b>2.2.2 Iniciativas de educação permanente em saúde no Estado do Espírito Santo</b> .....	<b>36</b>
2.3 AÇÕES DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE CONFIGURADAS COMO CURSOS DE ESPECIALIZAÇÃO .....	39
2.4 INICIATIVAS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE EM VITÓRIA .....	42
<b>2.4.1 Estratégia saúde da família em Vitória/ES</b> .....	<b>44</b>
<b>3 O CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO: ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA</b> .....	<b>45</b>
4 OBJETIVOS DESTA PESQUISA .....	49
<b>4.1 Objetivo Geral</b> .....	<b>49</b>
<b>4.2 Objetivos Específicos</b> .....	<b>49</b>
5 CAMINHOS METODOLÓGICOS .....	50
<b>5.1 Sujeitos do estudo</b> .....	<b>50</b>
<b>5.2 Técnica utilizada</b> .....	<b>51</b>
<b>5.3 Estratégias de produção de dados</b> .....	<b>52</b>
<b>5.4 Procedimentos éticos</b> .....	<b>52</b>
<b>5.5 Estratégias de análise</b> .....	<b>52</b>
<b>6 DISCUSSÕES</b> .....	<b>54</b>
6.1 O PERFIL DOS ALUNOS DO CURSO .....	55
6.2 O RESULTADO DO INVESTIMENTO NA ESPECIALIZAÇÃO .....	56

6.3 AVALIAÇÃO DO CURSO PELOS PROFISSIONAIS.....	57
6.4 DICOTOMIA ENTRE A POSTURA PROFISSIONAL E A TÉCNICA.....	63
6.5 ALGUMAS MUDANÇAS NA PRÁTICA.....	66
<b>6.5.1 Entendemos o que é grupo.....</b>	<b>66</b>
<b>6.5.2 O trabalho em equipe mudou muito.....</b>	<b>69</b>
<b>6.5.3 Conduta pessoal.....</b>	<b>72</b>
<b>6.5.4 Trabalho em rede.....</b>	<b>77</b>
6.6 DIFICULDADES PARA APLICAR O CONTEÚDO DO CURSO NA PRÁTICA ...	79
<b>6.6.1 A exigência de produtividade.....</b>	<b>80</b>
<b>6.6.2 Formação com base no modelo biomédico tradicional.....</b>	<b>84</b>
<b>6.6.3 Distância entre a prática e os princípios da estratégia saúde da família .</b>	<b>90</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>97</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>99</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
<b>APÊNDICE A - ROTEIRO DE DISCUSSÃO DO GRUPO FOCAL</b>	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
<b>APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b>	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
<b>ANEXO A - DECLARAÇÃO PARA APRESENTAÇÃO NO COMITÊ DE ÉTICA</b>	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
<b>ANEXO B - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP</b>	<b>Erro! Indicador não definido.</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Historicamente, entendemos que a Educação Permanente em Saúde (EPS) constituiu-se como um conceito educativo que vai além das capacitações e cursos de caráter pontual ou emergencial.

A EPS busca atuar como dispositivo de mudança das práticas dos sujeitos, uma vez que se baseia em metodologias ativas promovendo a problematização das ações instituídas no interior dos serviços de saúde, favorecendo a criação de espaços de discussões coletivos com intuito de proporcionar trocas de experiências e saberes entre diversos atores sociais.

Portanto, a EPS se apresenta como uma proposta de ação estratégica que auxilia na transformação dos processos formativos, das práticas pedagógicas e de saúde, bem como da organização dos serviços. Ao se colocar em evidência a formação e o desenvolvimento para o Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da construção dessa estratégia, propõe-se a agregação entre desenvolvimento individual e institucional; entre serviços e gestão setorial; e entre atenção e controle social, visando à implementação dos princípios e das diretrizes constitucionais do SUS (BRASIL, 2004a).

Os debates sobre a EPS se intensificaram a partir da institucionalização do SUS e das Conferências Nacionais de Recursos Humanos na Saúde (CNRHS), com intuito de elaborar políticas de valorização e capacitação dos profissionais para que os princípios do SUS pudessem refletir na qualidade da assistência prestada à população.

Desta forma, a Secretaria Municipal de Saúde de Vitória (SEMUS) propôs o curso de Especialização em Estratégia Saúde da Família (ESF) como medida de intervenção em EPS. O curso foi ministrado pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) no ano de 2010.

Assim, o presente estudo elegeu como objetivos: analisar como o curso de Especialização em ESF contribuiu para alterar a prática dos profissionais da

SEMUS; analisar o que os profissionais da ESF aplicam em seu cotidiano acerca do conteúdo programático do curso; e identificar os desafios enfrentados pelos profissionais para por em prática o conteúdo do curso.

O interesse pela temática da EPS, mais especificamente sobre o curso de Especialização em ESF, surgiu em 2013, durante a participação no mestrado do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da UFES a partir da proposta realizada pela orientadora Dr<sup>a</sup>. Maristela Dalbello-Araujo.

Assim, esperamos com este estudo, ampliar a produção científica acerca do assunto e contribuir para a implantação de ferramentas na formação dos profissionais com a estruturação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) no país.

Diante dos objetivos propostos, a pesquisa possibilitou conhecer os efeitos na prática dos profissionais que cursaram a Especialização em ESF, além dos desafios em aplicar o conteúdo do curso no cotidiano de trabalho. Visto que, desde a conclusão da Especialização se almejava analisar como o curso contribuiu para alterar o dia a dia desses profissionais, por ser considerado pela SEMUS como uma proposta de aproximação com as diretrizes da PNEPS.

## **2 TRAJETÓRIA HISTÓRICA: DA EDUCAÇÃO CONTINUADA À EDUCAÇÃO PERMANENTE**

O primeiro grande marco da Educação Continuada (EC) aconteceu na década de 1950, com a reunião de Elsinor, ocorrida na Dinamarca em 1959, patrocinada pela Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), em que se discutiram os fins e os métodos da educação de adultos e o papel da cooperação internacional, na reconstrução do pós-guerra. O enfoque desse encontro era a compreensão de que todo conhecimento sofria transformações, desta forma, era necessário aprender a capacitar-se (AROUCA, 1996).

O segundo momento histórico manifestou-se na década de 1960 e teve como princípio a aceitação do adulto como passível de aprender, mas de maneira diferente da criança e do adolescente. O enfoque era técnico institucional, devido a isso, apareceram projetos multinacionais de incentivo à capacitação de mão-de-obra. A educação foi transferida para dentro das empresas, com o objetivo de possibilitar a contínua atualização dos funcionários. Em 1966 durante a Conferência Geral da UNESCO em Paris, definiu-se os objetivos para educação, e considerou-se prioritária a ideia de educação contínua, como um processo que deveria continuar por toda a vida (ITTAVO, 1997).

Na década de 1970, o terceiro marco histórico, caracterizou-se pela tomada de consciência de que o homem educava-se a partir da realidade que o cercava e em interação com os outros (ITTAVO, 1997).

O discurso sobre EC esteve presente em diversos momentos em nossa história. Já a ideia de Educação Permanente (EP) e seu significado “teve o mérito de se apresentar pela primeira vez em cenário internacional em 1960 durante a II Conferência Mundial sobre Educação de Adultos em Montreal-Canadá” (AROUCA, 1996, p.66). Fazendo-se uma incursão na história da humanidade, percebeu-se que o homem sempre se preocupou com a própria formação e atualização para atender às demandas e poder viver em sociedade. Daí a



importância da educação que, por sua vez, sempre esteve atrelada aos interesses e ideologias (LAMPERT, 2005).

A UNESCO, juntamente com a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) e outros órgãos internacionais, passavam a incorporar os conceitos, objetivos e as implicações da EP e suas práticas, cujos resultados das pesquisas realizadas nas Conferências Mundiais sobre Educação de Adultos reagrupavam os autores da época em três principais correntes, a saber: corrente internacional, americana e europeia (AROUCA, 1996).

De acordo com Arouca (1996), a corrente internacional marcada pela crise mundial da educação, afetou desde os países desenvolvidos aos países com pouco poder econômico. As transformações políticas, científicas, econômicas e sociais evidenciadas no período de pós-industrialização geravam questionamentos sobre as necessidades educativas da população, existindo um paradoxo entre o processo de evolução iniciado e a presença de operários desatualizados.

A tradição norte americana de educação para adultos já era centenária, as perspectivas de EP sempre estiveram presentes nos objetivos e em suas práticas universitárias. Os educadores de adultos, que apresentavam uma orientação social reformista, consideravam a educação como instrumento ideal de crítica e progresso social. Já os educadores de tendência eclética, procuravam se profissionalizar, mas também reconheciam a necessidade do esforço das mudanças sociais para tornar os indivíduos mais livres (AROUCA, 1996).

Na Europa, no ano de 1949, os educadores tomavam consciência das dificuldades e limites do sistema educativo formal e propuseram que a educação fosse doravante permanente. Apontavam para uma educação que se projetava além dos limites restritos dos sistemas de educação (AROUCA, 1996).

Essas correntes influenciavam mundialmente as opiniões de educadores de adultos, que passavam a seguir diversas linhas de pensamento, refletindo em sua maneira de agir e de estabelecer críticas quanto às necessidades de

desenvolvimento econômico e de profissionalização dos indivíduos (AROUCA, 1996).

A educação é um processo interminável. Para Lampert (2005), a EP deveria ser um dever social, ainda que as formas de educação variassem de país a país. Deveria constituir-se em um direito do qual não se pudesse abrir mão. Na América Latina e no Caribe, onde os sistemas educativos eram, na grande maioria, deficitários, ela atuava tanto no sentido de recuperação como de complementação de estudos.

O tema EP entrou efetivamente na década de 1960 na literatura educacional brasileira com as publicações dos livros *Educação e vida* e *Educação e reflexão* (LAMPERT, 2005).

No decorrer da história, em 1983, um relevante movimento educacional ocorreu na América Latina, em Montevideu, no Uruguai, a partir da criação da Universidade Aberta UNI-3. No início, o caráter da UNI-3 era voltado exclusivamente para a terceira idade, contudo, logo aderiu à proposta de EP (LAMPERT, 2005).

Segundo Lampert (2005), a partir da década de 1990, afluía a tese de universidade aberta para todos. Este “boom” ocorria principalmente nos países desenvolvidos. Na América Latina e no Caribe, os programas de universidade para a terceira idade estavam afluindo em alguns países destacando-se Argentina, Brasil, Chile e Uruguai.

No final da década de 1990, a UNESCO publicou o relatório da Comissão Internacional sobre Educação para o século XXI. Tal relatório, organizado por Jacques Delors, discutiu a EP e suas perspectivas:

As necessidades imediatas de reciclagem profissional correspondiam não só a uma necessidade de renovação cultural, mas também, a uma nova exigência do capital, com autonomia dinâmica dos indivíduos numa sociedade em rápida transformação (UNESCO, 1998, p. 112).

Por meio dessa perspectiva, era possível afirmar que a EP manteve a noção das formações práticas e aperfeiçoamentos profissionais (UNESCO, 1998). Desta forma, se deparava com uma “nova aparência” de discursos e conceitos considerando o caráter de adaptação ao capital neles contidos. Através de cursos ligados às exigências do mercado, ou seja, a valorização do aprimoramento educacional do ser humano em prol do mercado de trabalho.

Neves (2008, p. 403) revelou a nítida construção do sentido da formação e da qualificação profissional relacionada ao “[...] aumento da escolaridade da força de trabalho como fator instituinte do crescimento econômico”. Na medida em que colocava a educação no “[...] âmbito do valor de troca e ao mesmo tempo promovia no trabalhador um ‘modo de ser’ adaptado [...] em que precisava ser competente e responsável para o desenvolvimento do país” (NEVES, 2008, p. 408).

Davini (2009) ressaltou, que apesar das diferenças contextuais de propósitos, o debate sobre EP difundido pela UNESCO orientava importantes reflexões, por exemplo, a ampliação do pensar a aprendizagem para além do ambiente escolar; o envolvimento de atores nas discussões em ambientes comunitários e a de ordem organizacional, particularmente difundida no âmbito das empresas, além do reconhecimento da necessidade do ser humano como sujeito de sua própria educação. De acordo com Davini (2009), a aprendizagem emergia para o desenvolvimento de novos critérios e a resolução de problemas. Assim, aproximava a educação da vida cotidiana como fruto do reconhecimento de que o trabalho também era mediador de aprendizagem.

Com isso, Ceccim e Ferla (2008) afirmaram que o termo EP foi encontrado em diferentes contextos, dentre eles o da educação popular, que compartilhava muitos de seus conceitos. No entanto, enquanto a educação popular tem o foco na cidadania, a EP o tem no trabalho.

Diferenças na utilização dos termos da EC e EP foram percebidas nitidamente nos debates relacionados ao desenvolvimento dos Recursos Humanos em

Saúde. Desta forma, Motta (1998) e Davini (2009) defenderam a importância de pesquisar seu cenário teórico.

## 2.1 A EDUCAÇÃO PERMANENTE NO CAMPO DA SAÚDE

Na década de 1970, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) procurava estabelecer vínculos entre a educação e o trabalho, por considerar que esses dois eram inseparáveis, cujo grande eixo motivador era o trabalhador, seu trabalho, e sua contribuição para a saúde da população, consideravam a EP um instrumento essencial para o desenvolvimento (QUINTANA; ROSCHKE; RIBEIRO, 1994).

A Educação na Saúde Brasileira tem como marco de definição política as Conferências Nacionais de Saúde (CNS). Ribeiro e Motta (1996) destacaram que após a VI CNS em 1977, que a EC foi claramente abordada, referindo-se à necessidade de acoplar e desenvolver novos conhecimentos na formação inicial da carreira sanitária.

A década de 1980 foi marcada pelo envolvimento da sociedade nos debates sobre a saúde, através do processo de democratização que abriu caminhos à Reforma Sanitária. Esse movimento ganhou fôlego em 1986 com o fim do período ditatorial e o acontecimento da VIII CNS, discutiu-se que o novo Sistema Nacional de Saúde deveria ser regido pelos princípios relacionados com a “[...] política de Recursos Humanos de capacitação e reciclagem permanente e a formação dos profissionais de saúde integrados ao Sistema de Saúde” (LOPES et al., 2007, p. 150).

A I CNRH ocorrida em 1986 abordou temas em seu relatório final como a necessidade de articulação entre as instituições prestadoras de serviços e as formadoras do pessoal de saúde; a participação de representantes da classe trabalhadora organizada em discussões sobre a formação de Recursos Humanos (RH); a inadequação da formação de mão-de-obra em saúde sobre as

necessidades de saúde da população brasileira e às necessidades dos serviços; e a proposição do processo de EC em serviço. Com a II CNRH realizada em 1993 sugeriram a criação de estruturas para o desenvolvimento de RH nas secretarias estaduais e municipais de saúde com a necessidade de descentralizar os programas de EC (BRASIL, 1986).

Contudo, a EC foi caracterizada pelo estabelecimento de uma educação parcelada, fora do contexto real das necessidades de saúde, cujas principais críticas permeavam suas bases pedagógicas, o conhecimento verticalizado, o favorecimento de profissões hegemônicas e o paradoxo existente entre a prática e a teoria. Nesse âmbito, a EP paulatinamente, constituiu-se em contraposição ao modelo anterior na tentativa de enfrentar as demandas do modelo de saúde e a pressão popular pelo acesso digno à saúde (FIOCRUZ, 2006).

Mesmo se caracterizando como uma educação fragmentada, a EC ficou por muito tempo em evidência durante as CNS's, que debatiam a importância de práticas de formação e aperfeiçoamento profissional para implementação do sistema. Diferente da EP, a EC pode ser compreendida como:

Atualização de conhecimentos específicos para os profissionais específicos, de acordo com os conhecimentos a trabalhar. *Modus operandi* descendente. A partir de uma leitura geral dos problemas, identifica temas e conteúdos a serem trabalhados com os profissionais, geralmente sob o formato de cursos. Tais cursos padronizados com carga horária, conteúdos e dinâmicas definidas centralmente. As atividades educativas são construídas de maneira desarticulada em relação à gestão, à organização do sistema e ao controle social. A atividade educativa é pontual, fragmentada e se esgota em si mesma (BRASIL, 2004a, p. 14-15).

Em uma de suas obras Franco (2007, p. 429) analisou a EC, como:

[...] a ideia geral de insuficiência dos trabalhadores, colocando-os como grupo 'sujeitado' aos processos pensados por uma instância diretiva, gera propostas educacionais tais como as embutidas na ideia da educação continuada, onde a continuidade da 'transferência de conhecimento' é necessária para suprir uma formação suposta como deficitária para os serviços de saúde. Metodologias educacionais implementadas com esse viés transformam-se em verdadeiras máquinas de captura das subjetividades e anulação da capacidade criativa.

Por ser objeto de crítica para alguns autores, a EC entrava na arena de debates em busca da renovação de estratégias de capacitação do pessoal da saúde (DAVINI; 2009, RIBEIRO; MOTTA, 1996). Nesse contexto, a EPS teve sua análise no processo de trabalho a partir “[...] da reflexão sobre o que estava acontecendo no serviço e sobre o que precisava ser transformado” (RIBEIRO; MOTTA, 1996, p. 7). Davini (2009, p. 52-53) mencionou que “Esse novo paradigma era fruto da visão de que o conhecimento não se ‘transmitia’, mas se construía com base nas dúvidas e nos questionamentos das práticas vigentes, à luz dos problemas contextuais”.

Para Ceccim e Ferla (2008), o ensino problematizador contribuiu para analisar de forma crítica a realidade, envolvendo relações educacionais para além do universo acadêmico. Nesse sentido, Davini (2009) complementou que a EP despertava caminhos para o aprendizado na vida cotidiana das organizações, ao ter introduzido a problematização do fazer como fonte de intervenção do conhecimento, apontou que os projetos de EP poderiam abranger vários outros projetos de EC, e não o inverso, pois requeriam elaboração, desenho e execução de forma intensiva, deveriam ser pensados com base em uma análise estratégica, sistemática e global pelos órgãos institucionais.

Embora a EC tenha seu valor, uma vez que se concentrava no desempenho de cada categoria profissional, tem revelado a fragmentação das equipes no processo de trabalho (BRASIL, 2004a).

Em decorrência desse fato, Davini (2009) afirmou a importância de se vincular a EC aos projetos de EP, por se mostrar mais adequada para se trabalhar o desenvolvimento dos profissionais da Saúde.

Face ao exposto, percebemos que em momentos de grandes transformações sociais, os processos educacionais pautados somente pela lógica da EC não proporcionaram respostas à problemática vivenciada no cotidiano. Estas problemáticas refletiam fortemente no ambiente organizacional, impondo novos acordos com exigência de novas relações. Na Saúde, essa questão era ainda

mais relevante, por ter que encontrar respostas às demandas de saúde que se emergiam como fruto de uma sociedade capitalista marcada pela desigualdade social.

Nesta perspectiva, o Ministério da Saúde (MS) lançou em 2000, uma convocatória nacional com a finalidade de implementar a oferta de cursos de pós-graduação *latu sensu*, nas modalidades de especialização e residência multiprofissional em saúde da família, mediante incentivos financeiros repassados às universidades e escolas de saúde pública das Secretarias Estaduais de Saúde (GIL, 2005).

Ainda nesse contexto, no ano de 2000, ocorreu a XI CNS com a tentativa de reafirmar a EPS, os participantes ressaltaram a necessidade dos governos: federal, estaduais e municipais assumirem sua parcela de responsabilidade com a formação e o desenvolvimento de trabalhadores em saúde, por meio do financiamento para a qualificação de pessoal no custeio do SUS (LOPES et al., 2007).

Após diversas discussões sobre esse assunto, o MS definiu como uma de suas metas a aplicação de metodologias educacionais voltadas para a qualificação dos profissionais do SUS e passava a desempenhar um papel ativo na reorientação das práticas e dos serviços, cuja proposta da EPS foi adotada e reconhecida como uma importante estratégia de reorganização do processo de trabalho (BRASIL, 2004a), apoiou-se na compreensão de que esta educação deveria ser vista e entendida como:

Ações educativas embasadas na problematização do processo de trabalho em saúde com objetivo de transformar as práticas profissionais e da própria organização do trabalho, tomando como referência as necessidades de saúde da população, a reorganização da gestão setorial e a ampliação dos laços da formação com o exercício do controle social em saúde (BRASIL, 2009, p. 22).

Davini (2009, p.57-58) ressaltou, que a “EP era apropriada para fortalecer o trabalho em equipe e a capacidade de gestão dos profissionais nos processos locais”. No entanto, para se obter resultados positivos, importante se faz a definição de acordos, alianças e apoios com os atores envolvidos. Nesse sentido,

Ceccim e Ferla (2008, p. 162) apontaram que a EPS “[...] deveria ser entendida não só como uma prática de ensino-aprendizagem, mas também como Política de Educação em Saúde”.

## 2.2 POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

A saúde brasileira foi amparada por uma forte política de inclusão, que se instrumentalizou com o SUS, instituído para atender a todos os cidadãos por meio de seus princípios doutrinários: universalidade, integralidade e equidade. O SUS já provocou muitas mudanças nas práticas de saúde desde sua criação. Entretanto, se encontra em processo de desmoronamento. Arias et al., (2006) defende que para a efetivação do SUS depende diretamente do comprometimento de pessoas de diversos segmentos sociais. Depende inclusive da transformação na formação e no desenvolvimento de seus principais atores, os profissionais da saúde. Tais profissionais enfrentam diversos problemas em sua área de atuação, como salários defasados; condições precárias de execução de suas atividades; ausência de incentivos, de qualificação e especialização e de infraestrutura adequada, tanto no setor público quanto no privado.

Para a produção de uma política de valorização profissional o MS se reorganizou, e criou em 2003 a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), estruturada em dois Departamentos, um de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (DEGERTS) e outro de Gestão da Educação na Saúde (DEGES). Portanto, a partir da criação da SGTES, o MS efetivamente assumiu o seu papel de gestor federal do SUS no tocante à gestão do trabalho e da educação na saúde, cabendo ao DEGERTS a responsabilidade pela proposição, incentivo, acompanhamento e elaboração de políticas de gestão; planejamento e regulação do trabalho em saúde, no âmbito nacional, bem como pela negociação do trabalho em saúde junto aos segmentos do governo e dos trabalhadores, visando estruturar uma efetiva política de gestão do trabalho nas três esferas de



governo, envolvendo os setores, tanto público quanto privado para a humanização do atendimento ao usuário do SUS (BRASIL, 2004a).

Enfatizaremos a discussão sobre o DEGES com embasamento em um de seus eixos fundamentais, a relação entre a educação e o trabalho. O DEGES responsabiliza-se:

I - Pela proposição e formulação das políticas relativas à formação, ao desenvolvimento profissional e à educação permanente dos trabalhadores da saúde em todos os níveis de escolaridade;

II - Capacitação de profissionais de outras áreas em saúde, dos movimentos sociais e da população, para favorecer a articulação intersectorial, incentivar a participação e o controle social no setor da saúde;

III - Interação com a escola básica no tocante aos conhecimentos sobre saúde para a formação da consciência sanitária (BRASIL, 2004a, p. 5).

Logo em 2004, por meio da Portaria de nº. 198, de 13 de fevereiro de 2004, foi instituída a PNEPS, uma estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor, considerando que, já na Constituição Federal Brasileira (CFB) de 1988 (Inciso II, do artigo 200), foi atribuído ao SUS a competência de ordenar a formação na área da Saúde. A portaria ministerial apresentou explicitamente a seguinte definição “[...] a Educação Permanente é aprendizagem no trabalho, o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho” (BRASIL, 2004a, p. 5).

A proposta de EPS implantada no Brasil destacou a importância do potencial educativo no processo de trabalho para a sua transformação. Segundo Bravin (2008), esse processo de construção da política de EPS propôs uma descentralização da formulação, mas não avançou na consolidação efetiva de uma descentralização autônoma e radical, fundamentada no arcabouço jurídico-constitucional brasileiro e nos princípios norteadores da política. Ao menos o texto expressou a abertura política para a qualificação no trabalho e a proposta de ações para a cooperação técnica dos estados e municípios com intuito de desenvolver suas atribuições constitucionais e legais nesse campo.

A PNEPS trouxe a seguinte novidade para os trabalhadores da saúde: a perspectiva de que a construção do saber é constituída de forma coletiva e faz sentido para um grupo social. Os atores sociais foram desafiados para assumirem uma postura de mudança na rede de serviços por meio da reflexão crítica e do trabalho em equipe (BRASIL, 2004a). Tal proposta afirmou a aproximação entre a educação e o serviço com a participação nos processos de construção do SUS.

A referida portaria criou os Pólos de Educação Permanente em Saúde (PEPS) como instância de gestão para pactuações e articulações locorregional em formato de roda de discussão. Tais Pólos envolviam os representantes de nível estadual e municipal de saúde e de educação; as instituições de ensino; as escolas técnicas de saúde pública e os demais centros formadores; os núcleos de saúde coletiva; os hospitais de ensino; os estudantes; os trabalhadores e os movimentos sociais ligados à saúde (BRASIL, 2004a).

Desta forma, Ceccim e Feuerwerker, (2004, p. 45) postulam o Quadrilátero da Formação em Saúde:

Como uma proposta de ação estratégica para transformar a organização dos serviços e dos processos formativos, das práticas de saúde e das práticas pedagógicas, implica no trabalho articulado entre o sistema de saúde (em suas várias esferas de gestão) e as instituições formadoras. Coloca em evidência a formação para a área da saúde como construção da educação em serviço/educação permanente em saúde: agregação entre desenvolvimento individual e institucional, entre serviços e gestão setorial e entre atenção à saúde e controle social.

Os Pólos viabilizaram debates coletivos e ampliados, com o objetivo de formular propostas e definir estratégias pedagógicas e metodológicas, no âmbito da graduação e da pós-graduação, com vistas a superar os limites entre a formação e a prática em saúde e aproximar os demais atores institucionais nessas discussões (BRASIL, 2004a).

Os PEPS deveriam funcionar como rodas de debates para a construção coletiva da EPS. Quando se trabalhava em rodas esperava-se que não ocorresse um comando vertical e obrigatório, visto que todos poderiam participar das discussões. Nas rodas todos os atores poderiam levantar as necessidades e

elaborar estratégias que visavam intervir na formação e no desenvolvimento dos profissionais de saúde. Era o momento ideal para a construção de novos saberes (BRASIL, 2005a).

Nicoletto et al., (2009) ressaltaram que ao se trabalhar em rodas seria possível relacionar-se com o outro e sentir o outro. Compartilhar e refletir sobre as ações coletivamente possibilitaria a troca de experiências positivas e amenizaria as frustrações. Tais experiências permitiam o reconhecimento e o respeito às diferenças, ao proporcionarem espaços de escuta, de conversa e de diálogo. A participação de todos os atores nas rodas de discussões era de extrema relevância, assim as necessidades manifestadas tornavam-se mais próximas da realidade e das ações, por conseguinte, mais resolutivas (BRASIL, 2005a). Além disso, o trabalho em roda permitia o fortalecimento do sujeito na medida em que ampliava sua capacidade de análise e intervenção sobre as políticas, os programas, os projetos e as práticas sociais (CAMPOS et al., 2006).

Segundo Ceccim e Feuerwerker (2004, p. 57):

A roda servia para alimentar circuitos de troca, mediar aprendizagens recíprocas e/ou associar competências. Era por estarem em roda que os parceiros criavam possibilidades à realidade, recriavam a realidade e/ou inventavam realidades, segundo a ética da vida que se anunciava nas bases em que foram geradas.

Com o objetivo de promover debates entre as instituições formadoras e de serviço, como eixo central dos métodos educativos o processo de trabalho em saúde. Os PEPS foram criados para trabalhar com metodologias ativas, que pudessem refletir nos órgãos de formação e nas práticas profissionais, na busca da ressignificação desses dois processos, a fim de que o trabalho em saúde fosse reconhecido como fator gerador dos processos educacionais de serviços locais de saúde (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Ceccim (2005) afirmou que a EPS se constituiu como estratégia fundamental nas transformações do setor, por meio do trabalho com atuação crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e tecnicamente competente. Houve necessidade,

entretanto, de descentralizar e disseminar a capacidade pedagógica por dentro do setor, isto é, entre os seus trabalhadores e entre os gestores de ações, serviços e sistemas de saúde. Ações como essas contribuíram para que o SUS fosse verdadeiramente uma rede-escola.

Desta forma, Lopes et al., (2007) relataram que a EPS vai além de considerar a atualização técnica, com objetivo principal de transformar as práticas das equipes de saúde, por meio da problematização do trabalho, para direcionar o aprendizado de todos os envolvidos. Visto que, tais atualizações são insuficientes para compreender a atuação dos profissionais da saúde, principalmente de nível superior. Com isso, implantaram iniciativas com o objetivo de expandir as ações de capacitação e formação dos profissionais.

Dentre essas ações, o MS divulgou a Portaria de nº. 399 de 22 de fevereiro de 2006, que aprovou as diretrizes operacionais do Pacto pela Saúde consolidado pelo SUS com seus três componentes: Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão (BRASIL, 2006a).

Para se adaptar ao novo formato, em 2007, o MS e a SGTES, juntamente com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) discutiram sobre a Portaria de nº. 198, visando redefinir as diretrizes e estratégias da PNEPS, com intuito de adequá-las as diretrizes operacionais e ao regulamento do Pacto pela Saúde. Ao final de um processo de discussão envolvendo diferentes instâncias, a Portaria de nº. 198 foi republicada pelo Diário Oficial da União, em 22 de agosto de 2007, sob o número 1996 (Brasil, 2007).

A portaria de nº. 1996, de 22 de agosto de 2007, trouxe algumas mudanças para PNEPS, dentre elas: alteração da política no sentido de se adequar ao Pacto pela Saúde com maior protagonismo dos Colegiados de Gestão Regionais (CGR's), a vinculação das ações de desenvolvimento dos trabalhadores do SUS aos planos da EPS, nos âmbitos municipal, regional ou estadual; e a descentralização dos recursos financeiros, que antes ficavam sob gestão do MS (BRASIL, 2007).

As novas diretrizes da referida portaria recomendaram a participação dos colegiados no planejamento da condução regional da EPS, e que definissem como prioridades “[...] as responsabilidades de cada ente e o apoio no processo de planejamento local, conforme as responsabilidades assumidas nos termos de compromissos e os planos de saúde dos entes federados participantes” (BRASIL, 2007, p. 2).

Com isso, no que se refere à descentralização dos recursos financeiros, considerando o momento da política nos estados brasileiros, seguiram-se critérios para distribuir esses recursos a fim de custear as ações de EPS. Esses critérios foram demonstrados no recente relatório publicado pela Universidade de São Paulo (USP) em 2010, oriundo do estudo encomendado pelo DEGES, em 2009, conhecido como “Recursos Humanos e Regionalização da Saúde”, programa de monitoramento e avaliação da implementação da PNEPS. Esse financiamento permeou a lógica de incentivo à adesão de programas nacionais de saúde e a distribuição financeira de acordo com o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) ou menor concentração de equipamentos de ensino. De forma que, o número de profissionais de saúde e a população estimada de cada estado, também foram levados em consideração para a definição da porcentagem destinada pela União para as referidas ações de EPS (VIANA, 2010).

O relatório concluiu que a institucionalização da PNEPS apresentou correlação positiva com os níveis de regionalização. Contudo, destacou a necessidade de adequação aos planos de institucionalização da política, para amenizar e superar as tensões e os desafios. E para tanto, foi recomendada a urgência do diálogo entre MS, CONASS e CONASEMS, a fim de fornecer elementos para a compreensão referente à gestão da educação na saúde (VIANA, 2010).

Com a publicação da Portaria de nº. 1996 reforçaram-se a responsabilidade em efetivar as diretrizes da EPS. A conjugação dos esforços fortaleceu o papel dos CGR's, facilitando a organização das Comissões de Integração Ensino-Serviço (CIES), essas comissões surgiram como proposta da portaria para substituição dos pólos (BRASIL, 2007).

Na lógica da EPS, as CIES são instâncias intersetoriais e interinstitucionais permanentes, que participam da formulação, condução e desenvolvimento da PNEPS. São competências das CIES:

- Articular instituições para propor, de forma coordenada, estratégias de intervenção no campo da formação e desenvolvimento dos trabalhadores, à luz dos conceitos e princípios da Educação Permanente em Saúde, da legislação vigente, e do Plano Regional para a Educação Permanente em Saúde;

- Incentivar a adesão cooperativa e solidária de instituições de formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde aos princípios, à condução e ao desenvolvimento da Educação Permanente em Saúde, ampliando a capacidade pedagógica em toda a rede de saúde e educação (BRASIL, 2007, p. 4).

A implementação da PNEPS foi norteadada pela valorização dos diferentes sujeitos, usuários, trabalhadores e gestores, no processo de produção de saúde pelo fomento da autonomia e do protagonismo; pelo estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão; pela mudança nos modelos de atenção e gestão dos processos de trabalho; e pelo compromisso com a melhoria das condições de trabalho e de atendimento (BRASIL, 2007).

A política surgiu como alternativa para viabilizar as profundas transformações na formação e no desenvolvimento dos profissionais de saúde, com práticas diferenciadas com o consenso e a conduta que são exigidas no contexto social em que eles atuam. Assim, a formação se caracterizou pela autonomia, a capacidade de aprender constantemente, e de relacionar a teoria com a prática. Barbosa (2009) complementou ainda que, a EPS deveria ser uma habilidade de aprendizagem contínua desenvolvida pelo sujeito durante sua vida, por meio de suas relações pessoais, profissionais e sociais.

A dimensão pedagógica da política considerou a problematização nas atividades educativas com base nos processos de trabalho, a valorização do saber e das experiências dos sujeitos envolvidos, com o propósito de transformar as práticas de saúde. Assim, as necessidades de formação dos trabalhadores da saúde estariam ajustadas às necessidades de saúde da população. Moraes (2012),

afirmou que a PNEPS almeja ainda a articulação junto ao sistema de educação, criação de estruturas de formação técnica em saúde, participação dos movimentos de educação popular, promoção de ações junto à rede de ensino e mudanças na graduação e pós-graduação em saúde.

Assim, a EPS atrelada às políticas públicas de saúde brasileira, pode ser interpretada como uma estratégia que visa propiciar aos profissionais o desenvolvimento constante de seu aprendizado, na tentativa de resolução dos problemas relacionados à educação na saúde, incluindo nesse processo a qualificação e a formação de trabalhadores da gestão e da assistência na tentativa de sanar o descompasso existente entre a formação técnica dos trabalhadores e as necessidades de saúde dos usuários (QUINTELA, 2014).

Entretanto, a PNEPS é uma prática recente em nosso país e ainda apresenta dificuldades significativas quanto a sua gestão, o que configura em um problema para a sua concretização nos municípios e para a mudança do modelo de formação dos trabalhadores do SUS.

### **2.2.1 Ações de educação permanente em saúde no Brasil**

Desde 2003 o MS estabeleceu diversas mudanças na organização das secretarias ministeriais, bem como na criação de novos departamentos, que possibilitaram a instituição da SGTES, órgão responsável pela formulação das políticas orientadoras da formação, desenvolvimento, distribuição, regulação e gestão dos trabalhadores da saúde no Brasil (BRASIL, 2004a).

A proposta do DEGES, um dos departamentos da SGTES, para a educação e desenvolvimento do SUS priorizou a constituição de instâncias locais, cujo propósito era reunir atores no sentido de democratizar a formulação e a gestão de projetos de formação (os PEPS), e a criação de estratégias de âmbito nacional com intuito de fortalecer o enfrentamento de desafios no campo da

educação, inclusive no que diz respeito à participação desses atores nas referidas instâncias locorregionais (BRASIL, 2004a).

A formação desse departamento contribuiu ao longo dos anos para a elaboração de diversas ações educativas no processo de formação dos Recursos Humanos. Tais ações se desenvolveram por meio de vários programas e projetos, como Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-SAÚDE), Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-SAÚDE) e Programa de Formação na Área de Educação Profissional em Saúde (PROFAPS). Essas iniciativas foram importantes para a estruturação da política atual. Inclusive para o Fortalecimento das Escolas Técnicas do SUS (ET-SUS) (HADDAD et., 2008).

Diversas atividades de educação em saúde foram realizadas no âmbito central dos governos. Entretanto, Cavalcanti (2010) avalia que grande parte dessas iniciativas ocorreu por meio de ofertas prontas das instituições formadoras, cuja formulação era de maneira isolada em cada secretaria ou departamento, havendo pouca articulação entre elas. Como proponentes dessas ações destacaram-se as universidades e outros órgãos formadores como, escolas técnicas e núcleos de educação das secretarias, que submetiam projetos ao MS podendo ou não ser aprovados. Essas ações educativas foram oferecidas geralmente na forma de cursos, com vagas pré-determinadas para cada um dos estados da federação. Cabia então, às secretarias estaduais de saúde a determinação da quantidade de vagas ofertadas para cada município, o que costumava ocorrer independentemente da efetiva necessidade dos mesmos. Muitas vezes, também, esses cursos foram oferecidos por determinação da instituição com tradição em determinado campo de conhecimento, com a mesma forma e conteúdo para os diversos lugares do Brasil (CAVALCANTI, 2010).

Este modo de funcionamento gerou discussões no MS quanto à insuficiência dos processos formativos e dos conflitos entre educação e serviço. Diversos atores que participaram das ações anteriormente realizadas foram convidados a se reunir com o MS com o propósito de apresentar o andamento das ações e



analisar possíveis mudanças. Nestas discussões ficou claro que para repensar os processos educacionais no interior dos serviços de saúde é estritamente necessária a reflexão crítica sobre as práticas de saúde e as relações entre os sujeitos nelas envolvidos (CAVALCANTI, 2010).

Dentre as estratégias de fortalecimento dos Pólos formuladas com intuito de potencializar a PNEPS, foi desenvolvido o curso de formação pedagógica de tutores e facilitadores de educação permanente em saúde em parceria com a Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP). O curso teve como objetivo a divulgação e a formação de profissionais na concepção da EPS, nasceu da necessidade de desenvolver capacidade pedagógica descentralizada para o setor da saúde e de ampliar os processos de implementação da EPS no país (BRASIL, 2005b).

Almejava-se que por meio desse processo de formação, novos conceitos fossem introduzidos tais como a problematização, entendida como ferramenta para a transformação do processo de trabalho. Os tutores foram escolhidos por meio de seleção pública realizado pelo MS e pela ENSP, com a função de cooperar na superação dos impasses existentes no contexto dos Pólos, logo, deveriam ter afinidade com a política de EPS e compromisso com a articulação locorregional (MERHY; FEUERWERKER; CECCIM, 2006).

Tal curso, fundamentado nos princípios básicos do construtivismo, “[...] reconhece o indivíduo como agente ativo do seu próprio conhecimento” (BRASIL, 2005a, p. 17) e foi oferecido em 2004 aos representantes dos 96 Pólos existentes, dos quais congregavam mais de 1000 entidades da sociedade, entre representantes do ensino, da gestão, do trabalho e da participação social em saúde (BRASIL, 2005a).

Através de um processo dinâmico, o curso foi estruturado por meio de quatro unidades de aprendizagem, das quais três foram trabalhadas na modalidade de educação à distância e uma, a unidade integradora, desenvolveu-se em dois encontros presenciais. Apesar de existir o diagrama do curso, que apresentava a

imagem de uma roda, o facilitador ficou livre para escolher seu caminho metodológico, assim percorreu os conteúdos da forma que considerou melhor. A carga horária total do curso foi de 190 horas, distribuídas em cinco meses de estudo (BRASIL, 2005b).

Conforme o MS, as unidades de aprendizagem reuniram conteúdos e estratégias pedagógicas que estimulavam a capacidade de reflexão e a construção de novos conhecimentos, o que possibilitava o desenvolvimento dos facilitadores que atuaram de forma estratégica na implementação da EPS (BRASIL, 2005b).

As unidades de aprendizagem foram:

- **Unidade integradora:** Essa unidade é a “porta de entrada” do curso, embasa, organiza e orienta o primeiro e o segundo encontro presencial. Objetiva potencializar a ação construtora da EPS, através dos problemas identificados e pactuados em cada localidade;

- **Unidade de análise do contexto da gestão e das práticas de saúde:** Essa unidade trabalha com a perspectiva de que ao se analisar qualquer problema a ser enfrentado pela EPS é necessário considerá-lo na sua totalidade, buscando uma compreensão ampliada das relações sociais e políticas que o envolvem. Tem objetivo de compreender a diversidade e a dinamicidade dos contextos que sustentam as práticas de saúde;

- **Unidade de práticas educativas no cotidiano do trabalho em saúde:** O propósito dessa unidade foi apoiar o desenvolvimento das práticas de EPS. Para tanto, oferecia elementos para a aprendizagem significativa no trabalho em saúde e no enfrentamento dos problemas do processo de trabalho. Os facilitadores também eram estimulados a questionar as práticas que ocorreram na gestão, atenção, controle social e formação em saúde;

- **Unidade de trabalho e relações na produção do cuidado em saúde:** Nesta unidade os facilitadores resgataram a essência do cuidado, considerado o “coração” da saúde, que residia nas relações individuais e coletivas, na abertura às necessidades do outro e na escuta (BRASIL, 2005b, p. 20, grifo nosso).

Vale ressaltar que as ações exercidas pelos tutores e facilitadores de EPS tiveram resultados com o apoio dos Pólos e dos gestores, sobretudo do gestor municipal, pois somente desse modo havia força para superar os desafios que surgiram durante o processo de mudança (MERHY; FEUERWERKER; CECCIM, 2006).

Nicoletto et al., (2009) avaliaram como positiva a atuação dos Pólos no Brasil e destacaram como exemplo o norte do Pará, ressaltando que os sujeitos, quando participavam dos pólos/rodas evidenciavam conflitos e alguns desconfortos que permitiam compreender esses espaços além de mera fonte de captação de recursos para financiamento de projetos, adquirindo a percepção da EPS como um processo relacionado à mudança de prática, possível a partir da problematização do processo de trabalho.

Por outro lado, a formação de facilitadores de EPS em Londrina, no Paraná, foi permeada por conflitos devido à greve dos profissionais da saúde, com isso, diversos participantes do pólo criticaram o processo de seleção desses facilitadores, o tempo de duração e término do curso, as dificuldades quanto à aplicação da metodologia de aprendizagem e aos aspectos operacionais. Contudo, a sistematização do conhecimento sobre EPS e a oportunidade de refletir sobre as práticas de trabalho foram avaliadas de maneira satisfatória pelos participantes (MENDONÇA et al., 2010).

Entretanto, sabemos que a implantação de uma política não é suficiente para torná-la exequível e efetiva. Desta forma, Quintela (2014) afirmou que se fez necessário, esclarecimentos e capacitações aos gestores, para que a condução desta pudesse ocorrer nas múltiplas cidades do país, sem que o desejo de construção de um SUS para todos fosse suprimido pela burocracia e falta de articulação entre as esferas políticas ou que o desconhecimento da legislação e a falta de profissionais qualificados fossem atenuantes para a ausência de envolvimento político e de uma gestão competente.

Desta maneira, identificaram-se muitos limites na consolidação da PNEPS em nível nacional, estadual e municipal. Por meio dos documentos de avaliação e os relatos de experiências divulgadas, foi possível exemplificar essa realidade. As informações divulgadas no relatório publicado pela USP no ano de 2010 foram coletadas em oficinas de trabalho, realizadas nos dias 19 e 20 de junho de 2009, em São Paulo, cujos atores eram coordenadores das CIES estaduais ou

representantes da secretaria estadual de saúde, nos casos em que não havia CIES (VIANA, 2010).

O relatório demonstrou que as principais dificuldades para implementar a PNEPS, nesses últimos anos estão relacionados aos problemas de caráter licitatório, como burocracia excessiva para contratação de instituições de ensino e professores; impossibilidade de contratação de serviços sem licitação, gerando a perda de prazos; dificuldades para execução dos recursos orçamentários na esfera estadual, devido a falta de profissionais preparados para concretização dos serviços; instituições formadoras que apresentavam limitações quanto à execução da EPS e da aprendizagem significativa por possuírem apenas capacitações com currículos pré-estabelecidos e que não atendiam a demanda dos serviços; e muitos se recusavam receber os recursos por não terem esclarecimentos sobre a forma de prestação de contas e gestão da política (VIANA, 2010).

Segundo o relatório, a implementação da PNEPS nos estados brasileiros ocorreu de forma diversificada, em algumas regiões demonstrou efetividade e em outras situações embrionárias. Ao realizar uma leitura detalhada pode-se analisar que a PNEPS e seu processo de institucionalização, apresentou os seguintes resultados: **1) Incipiente nos estados:** Amapá, Amazonas, Pará, Roraima e Rio de Janeiro; **2) Intermediária nos estados:** Acre, Maranhão, Alagoas, Distrito Federal, Espírito Santo, Mato Grosso, Paraíba, Pernambuco, Rio Grande do Norte, Rondônia, Tocantins e Mato Grosso do Sul; e **3) Avançada nos estados:** da Bahia, Minas Gerais, Rio Grande do Sul, São Paulo, Santa Catarina, Paraná e Ceará (VIANA, 2010, grifo nosso).

### **2.2.2 Iniciativas de educação permanente em saúde no Estado do Espírito Santo**

A discussão sobre EPS no Espírito Santo ganhou novos contornos a partir de 1998, com a criação dos Pólos de Capacitação, Formação e Educação

Permanente em Saúde da Família (Pólo - SF). Suas ações foram direcionadas inicialmente à oferta de cursos introdutórios para os profissionais atuantes nas equipes de saúde da família, tais cursos entendidos como iniciativas ao processo de EPS (AZOURY, 2003).

Esses Pólos-SF buscavam fortalecer a articulação ensino-serviço em torno, principalmente, das necessidades de capacitação dos profissionais de saúde inseridos nas equipes de saúde da família (GIL, 2005).

Como parte da programação dos Pólos-SF foi proposto entre os anos de 2001 e 2002 o curso de Especialização em Saúde da Família. Tal curso incluía os profissionais integrantes das equipes de saúde da família das seguintes instituições: Secretaria de Estado da Saúde (SESA), Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) e Escola de Medicina da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM) (SECRETARIA DE SAÚDE DO ESPÍRITO SANTOS, 2001).

Nessa direção, no período de 1998 a 2003 houve formação de onze turmas do “Curso Básico em Saúde da Família”, no total de 480 profissionais, organizadas de acordo com as demandas existentes nos municípios; e outras onze turmas de “Treinamentos Introdutórios em Saúde da Família” para 201 enfermeiros (AZOURY, 2003).

Em sequência a esse processo, no ano de 2003 a Secretaria de Saúde do Estado (SESA), por intermédio da Coordenadoria de Desenvolvimento de Recursos Humanos (CODRHU), seguindo orientações do MS, implementou o Pólo de Educação Permanente em Saúde do Espírito Santo (PEPSUS/ES), que atuou no período de outubro de 2003 a julho de 2006. O processo de implantação do PEPSUS/ES iniciou assim que os profissionais da CODRHU aderiram à proposta formulada pelo MS a respeito da ampliação dos Pólos-SF para os PEPSUS (PEREIRA, 2012).

Enquanto os profissionais aguardavam a liberação dos recursos provenientes do PEPSUS, os representantes seguidos de aprovação e acompanhamento técnico do MS optavam por realizar algumas ações entre as quais o VIII Seminário

Nacional das Diretrizes para Educação em Enfermagem (SENADEN) e o projeto de Vivências e Estágios na Realidade do SUS (VER-SUS), ambos promovidos pela UFES; e o Curso de Especialização em Saúde da Família, oferecido pelas quatro instituições de ensino componentes do Pólo: UFES, Faculdades Integradas Espírito-Santenses (FAESA), EMESCAM e Universidade de Vila Velha (UVV) (PEREIRA, 2012).

Tais ações foram relevantes para compreender o contexto da EPS no ES. Desta forma, citaremos cada uma: O SENADEN foi realizado no período de 31 de agosto a 3 de setembro de 2004 em parceria com o colegiado do curso de graduação em enfermagem da UFES (PEREIRA, 2012).

O Projeto VER-SUS foi coordenado no ano de 2004 pela UFES e desenvolvido por estudantes dos cursos de graduação na área da saúde, agregou várias instituições formadoras. Esse projeto ofereceu aos estudantes oportunidade de conhecer a realidade nos serviços públicos de saúde do estado, e resultou em interessantes relatos de experiências nesse processo (PEREIRA, 2012).

Ainda em 2004, também se destacou o Curso de Especialização em Saúde da Família por cumprir o processo de ressignificação de sua grade curricular, o que aconteceu por intermédio de quatro oficinas, com o envolvimento de docentes das instituições formadoras participantes do pólo: UFES, EMESCAM, FAESA e UVV. O resultado desse debate contribuiu para a reformulação da matriz curricular, como única, para os futuros cursos de Especialização em Saúde da Família, fato que ocorreu com a assessoria de José Inácio Jardim Motta, técnico do MS (CAPOZZOLO et al., 2009).

A proposta de qualificação dos profissionais permaneceu em pauta na SESA-ES após o ano de 2007, como prioridade do governo, especialmente no campo da Atenção Primária à Saúde (APS). Nessa perspectiva, executaram atividades como, a elaboração da coletânea composta por manuais que orientavam a organização das redes de saúde e a implantação do Plano Diretor de APS, com o registro de quatro projetos: Expansão e Fortalecimento da APS; Qualificação

Profissional; Organização da Gestão da APS e Monitoramento e Avaliação (PEREIRA, 2012).

### 2.3 AÇÕES DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE CONFIGURADAS COMO CURSOS DE ESPECIALIZAÇÃO

A busca por novos projetos e propostas para o desenvolvimento de ações de EPS se apresentou como demanda de todos os estados brasileiros. Desta forma, o MS assumiu institucionalmente, através do DEGES, a responsabilidade de reorientar ações de formação dos profissionais de saúde com foco em novos modos de cuidar e ensinar saúde (BRASIL, 2009).

Em razões disso, muitas iniciativas de formação de profissionais foram desenvolvidas com o apoio do governo federal, com a finalidade de capacitar profissionais de saúde para atuarem na ESF (BRASIL, 2009).

Assim, a implantação no Brasil de cursos de Especialização na área de saúde como estratégia de fortalecimento de políticas públicas, tem sido uma prática habitualmente utilizada pelo MS (BRASIL, 2009). Estudos como o de Gil (2005), Backes et al., (2007) e Maciel et al., (2010) exemplificaram que iniciativas predominantes das propostas de EPS, são efetuadas também através de cursos de Especializações com intuito de preparar os profissionais para atuarem na saúde.

Embora esses cursos tenham deixado de ser prioridade do MS, ainda existe demanda por eles, mesmo havendo questionamentos acerca de sua capacidade para a transformação das práticas dos profissionais. Na verdade, identificamos que são raras as avaliações sobre a efetividade destes cursos, no sentido de se verificar sua potência para a transformação das práticas profissionais no cotidiano do trabalho (SILVA, 2011).

Poucas foram às pesquisas identificadas sobre este tema. Uma delas, desenvolvida em 2005, denominada “Formação de Recursos Humanos em Saúde da Família: Paradoxos e Perspectivas” se propôs agregar subsídios à análise das políticas de recursos humanos voltadas ao fortalecimento da Atenção Básica do SUS, em especial, à saúde da família (GIL, 2005).

Os cursos analisados foram viabilizados com recursos do Projeto Reforço à Reorganização do SUS (REFORSUS), por meio de um processo de licitação internacional. O REFORSUS havia destinado R\$157,2 milhões para projetos estratégicos do MS e deste total, R\$7,1 milhões e R\$33,6 milhões foram para a implantação dos cursos de Especialização e residência multiprofissional respectivamente, num total de R\$40,7 milhões. Este volume representou 25,8% do total de recursos destinados a investimentos estratégicos no SUS, destinados exclusivamente para o desenvolvimento de recursos humanos (GIL, 2005).

Para o acompanhamento desses contratos foi instituída uma comissão multiprofissional, denominada de Comissão de Acompanhamento e Avaliação dos Cursos de Pós-graduação *Lato sensu* em Saúde da Família, que avaliou esses cursos por meio de realização de visitas às instituições contratadas (GIL, 2005).

Segundo sua autora, essa pesquisa contribuiu para a reflexão sobre a efetividade das capacitações para o desempenho das funções cotidianas dos profissionais da atenção básica. O objetivo dos cursos visava implementar a formação dos profissionais de nível superior, especialmente médicos e enfermeiros, para uma atuação voltada às atividades clínico-assistenciais aplicadas ao cuidado direto aos indivíduos e seus familiares. Entretanto, observou-se, muita indefinição quanto às competências e práticas profissionais esperadas para a atuação na atenção básica e, em especial, na saúde da família. A autora afirma ainda que os cursos voltados ao fortalecimento da saúde da família representaram uma oportunidade para uma reflexão organizada em torno de alternativas, com intuito de rever os caminhos para a formação dos profissionais, na perspectiva de um trabalho integrado, em equipe, por meio da troca de saberes e práticas (GIL, 2005).



Neste sentido, Gil (2005) considerou importante investir no aperfeiçoamento e na sistematização das avaliações de cursos, para que os avanços alcançados pudessem ser disseminados. Para isso, foi fundamental conhecer os “arranjos”, as alternativas e os resultados que os cursos e as instituições de ensino superior realizavam para atender às necessidades de formação de recursos humanos em saúde da família (GIL, 2005).

Na mesma perspectiva de avaliação de cursos de Especialização, Backes et al., realizaram um estudo em 2007 com a temática de “Competência dos Enfermeiros em Problematizar a Realidade do Serviço de Saúde no Contexto do SUS”. Tal estudo teve o objetivo de avaliar o impacto gerado no processo de trabalho daqueles enfermeiros que haviam participado do curso de Especialização em projetos assistenciais em enfermagem, referente à competência de problematizar a realidade do serviço de saúde em que estavam inseridos. Realizou-se um estudo qualitativo, com amostra proposital de 32 enfermeiros de cinco instituições federais de ensino superior da região sul do Brasil. E os resultados apontaram impacto significativo em relação à competência, fato possibilitado pelo desenvolvimento dos processos de problematização e contextualização necessária para demarcar uma nova postura e forma de trabalhar coletivamente com profissionais, usuários e gestores, haja vista o desafio de reunir diferentes ideias, percepções e práticas (BACKES et al., 2007).

Outro estudo foi realizado por Maciel et al., (2010), e teve o objetivo de descrever o perfil dos egressos e avaliar a contribuição do curso de pós-graduação *lato sensu* em Saúde da Família, realizado por quatro Escolas de ensino superior do estado do ES, com intuito de reorientar as práticas em saúde. Para a realização deste estudo, foram convocados todos os egressos dos cursos realizados durante os anos de 2006 e 2007. As autoras afirmam que o curso proporcionou muitas contribuições e revelou mudanças nas ações de trabalho após os conhecimentos adquiridos. A maioria dos sujeitos da pesquisa, afirmou que tais conhecimentos tiveram aplicabilidade no cotidiano do trabalho e que conseguiram, após o curso, planejar suas ações com base no perfil epidemiológico da área na qual atuavam.

Constataram a relevância do curso para a capacitação profissional dos alunos, o que impactou no processo de trabalho.

Diante destas avaliações recomendou-se que os cursos de Especialização em EPS preenchessem as lacunas existentes no processo de formação, transformando as práticas profissionais e a organização do trabalho. Nesta linha de pensamento, Silva et al., (2011) afirmam que somente transmitir novos conhecimentos para os profissionais seria insuficiente, pois o acúmulo do saber técnico não é o foco central da EP. De fato, a EP pretende incluir aspectos pessoais para a formação e capacitação dos trabalhadores, bem como valores e ideias desses trabalhadores a respeito do SUS.

Em síntese, a essência da EPS está em oferecer aos trabalhadores, por meio da proposta da aprendizagem significativa, a oportunidade do desenvolvimento de reflexões críticas em seus ambientes de trabalho. Tais reflexões resultariam em melhorias na qualidade dos serviços de saúde e no fortalecimento do trabalho em equipe, bem como no comprometimento dessas com a saúde da população.

#### 2.4 INICIATIVAS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE EM VITÓRIA

Peixoto-Pinto et al., (2010) afirmam em seu artigo que na cidade de Vitória, capital do Espírito Santo (ES), no período de 2005 a 2008 também ocorreu um grande esforço para o desenvolvimento da qualificação dos trabalhadores da saúde, com a formação de aproximadamente 150 facilitadores de Educação Permanente formados pelo Curso em parceria do MS e da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e o estímulo à criação das rodas de EPS, reconhecidas como espaços coletivos de discussão.

Segundo as autoras, na tentativa de responder às lacunas de formação, principalmente dos médicos, visando à melhoria das suas competências clínicas, a SEMUS empreendeu várias iniciativas para qualificar os trabalhadores e formar

os educadores, como o projeto Educação Permanente para os profissionais de nível superior das equipes de saúde da família do município de Vitória, denominado Programa de Educação Permanente (PEP). Neste período a SEMUS também visou romper com a lógica das divisões por categorias profissionais e, em um segundo momento, incluiu grupos interdisciplinares no Projeto citado, passando a reunir com os educadores do PEP os profissionais médicos, assistentes sociais, psicólogos, farmacêuticos, enfermeiros e coordenadores de unidade de saúde para discutirem temas de relevância para o território.

As autoras realizaram uma avaliação das experiências de EPS, com objetivo de discutir os desdobramentos do processo de formação de facilitadores e o trabalho de efetivação de “rodas” de EPS em unidades de serviços de saúde no município de Vitória. A pesquisa demonstrou que a implantação dos espaços coletivos denominados “rodas de Educação Permanente” eram reconhecidas como lugares democráticos de discussão entre profissionais da equipe de saúde local, gestores, usuários e instituições de ensino, objetivaram contribuir para a transformação das práticas de saúde, fortalecendo o trabalho em equipe, integrando saberes e construindo soluções coletivamente (PEIXOTO-PINTO et al., 2010).

A realização das “rodas” de EPS como estratégias de gestão partilhada e de reflexão sobre o cotidiano de trabalho vigorou entre os anos de 2005 e 2008 e foram extintas devido às tensões relacionadas à diversidade de interesses entre a gestão e os profissionais. Afirmam as autoras que “na verdade, houve uma interdição para que os facilitadores não continuassem suas atividades nas ‘rodas’ de EPS” (p.90). A justificativa para tal decisão foi à necessidade de avaliar a efetividade das “rodas”, ao mesmo tempo em que a SEMUS impulsionava a implantação de outros projetos e estratégias assistenciais e de gestão (PEIXOTO-PINTO et al., 2010).

A Especialização em Gestão dos Serviços de Saúde (2006-2007) considerada como uma destas outras estratégias de formação, realizou-se em parceria com a USP, e desta forma, em 2007, a SEMUS propôs a realização de um curso de Especialização em Saúde da Família, que por motivos de dificuldades no repasse

de verbas, ocorreu somente nos anos de 2010 e 2011. A Especialização estava ligada à política de EPS e objetivou contribuir para atuação dos profissionais comprometidos com os princípios do SUS, com a humanização na assistência, com a abordagem dos problemas nos territórios e as ações de promoção da saúde.

#### **2.4.1 Estratégia saúde da família em Vitória/ES**

A implantação da ESF em Vitória teve início no ano de 1998 pelas regiões com índices epidemiológicos desfavoráveis e, posteriormente, foi estendida para demais regiões. Com a expansão e a nova estratégia, as equipes encontravam dificuldades para garantir a integralidade da assistência e resolver problemas que demandavam atenção secundária e terciária. Isso contribuiu para Vitória entrar no circuito das discussões feitas no Brasil e no mundo. Essa mudança do modelo de atenção à saúde ganhou força com a operacionalização do diagnóstico situacional das regiões de saúde (PASSAMANI; SILVA; DALBELLO-ARAUJO, 2008).

Atualmente, os serviços de saúde municipal se organizam com 31 Unidades Básicas de Saúde (UBS), e destas 23 atuam no formato ESF. A valorização e a formação desses profissionais é uma necessidade premente visto sua adequação aos princípios e diretrizes para a política de recursos humanos do SUS (VITÓRIA, 2015).

### 3 O CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO: ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

O município de Vitória necessitava de profissionais que incorporassem novos papéis sociais e profissionais, novas organizações de trabalho, habilidades e conhecimentos. Desta forma, por volta do ano de 2007 emergiu em Vitória um processo interinstitucional entre o NESC/UFES e a SEMUS com intuito de planejar algumas medidas para efetivação adequada da ESF, como:

- Capacitar a médio e longo prazo os profissionais de nível superior inseridos nas equipes de saúde da família, com necessidades de aumentar o desempenho profissional no domínio do conhecimento teórico e científico;
- Capacitar para o auto-planejamento, o gerenciamento de tempo-espço de trabalho, o desenvolvimento da criatividade e do trabalho em equipe;
- Proporcionar a interação dos usuários de forma adequada (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO, 2007, p. 2).

Com isso, se organizou em 2007 o curso de especialização em ESF em parceria do NESC/UFES e da SEMUS, por verificar a necessidade de nova postura dos profissionais frente à sua prática e seu conhecimento proporcionou uma reformulação e adequação nos currículos dos cursos superiores. Paralelamente a esta mudança, se fez necessário o reconhecimento e a valorização da formação dos profissionais inseridos no processo de trabalho. Para tanto, foi proposto à realização do curso de Especialização em ESF voltado para os profissionais inseridos nas equipes de saúde da família do município de Vitória/ES. Tal curso foi esquematizado como forma de intervenção da EPS e buscou formar profissionais que desenvolvessem competências incorporadas às três dimensões do saber: saber-conhecer, saber-fazer e saber-ser (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO, 2007).

O projeto do curso apresenta os seguintes objetivos:

- Formar profissionais de saúde para desempenhar atividades em Unidades Básicas de Saúde de Vitória sob a ESF, de forma integral e resolutiva através de ações de abordagem individual e coletiva, com humanização da assistência;

- Discutir os papéis dos profissionais de saúde e as estratégias de atuação com base nos princípios do SUS;
- Capacitar para o processo de gestão local dos sistemas de saúde, em consonância com a concepção da Vigilância da Saúde, seguindo os princípios de universalidade, equidade, integralidade e racionalidade das ações;
- Aprimorar a capacidade dos participantes para o trabalho em equipe interdisciplinar, na perspectiva da abordagem integral dos problemas de saúde dos territórios;
- Capacitar clínica e administrativamente para uma apropriada atenção da criança, do adolescente, do adulto e do idoso, mediante uma abordagem integral e familiar;
- Capacitar à equipe da ESF e de apoio para realização de visita domiciliar como atividade integrante da ESF e da Atenção Primária em Saúde;
- Focar na promoção de saúde como integrante de todos os eixos da matriz curricular do curso (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO, 2007, p. 3-4).

Todos os profissionais efetivos de nível superior das (na época) 20 unidades que operavam em Saúde da Família foram convidados. Deu-se prioridade àqueles que ainda não houvessem cursado outra especialização em Saúde Pública e segundo seus idealizadores tal curso foi considerado uma alternativa relevante para EPS, pois se pautou na valorização das experiências acumuladas dos profissionais e na utilização de metodologias de ensino para adultos, com o desenvolvimento de estratégias de articulação ensino-serviço e teoria-prática, em um processo contínuo de reflexão-ação e reflexão-transformação, frente à proposta da ESF (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO, 2007).

Partindo dos princípios da EPS, o referido curso percorreu os caminhos metodológicos abaixo:

- Abordagem construtivista e de educação de adultos, empregando metodologias ativas de ensino aprendizagem, centradas nos atores que aprendem;
- Reconhecimento/valorização das experiências dos profissionais e

identificação de conhecimentos a serem trabalhados num processo de sistematização e sedimentação teórico-prático;

- Reconhecimento dos serviços de saúde da rede municipal como cenário fundamental para o processo ensino-aprendizagem e para a transformação das práticas de saúde no dia-a-dia;

- Modalidade de concentração (teoria/prática) e dispersão (prática/teoria): todos os módulos foram complementados com atividades de dispersão desenvolvidas nas equipes multidisciplinares em locais de trabalho;

- Avaliações formativas e somativas voltadas à análise do desenvolvimento de um projeto de cuidado à saúde, segundo as diretrizes de universalidade, integralidade, equidade e controle social (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO, 2007, p. 4).

A Especialização em ESF se estruturou em sete módulos com carga horária total de 420 horas, distribuídas em 360 horas de aulas presenciais e 60 horas com momentos de dispersão. Conforme disposição a seguir:

- Módulo I - Políticas de Saúde (36 h);

- Módulo II - Planejamento e Gestão em Saúde (36h);

- Módulo III - Vigilância em Saúde (45h);

- Módulo IV - Saúde e Cidadania (18h);

- Módulo V - Metodologia da Pesquisa (36h);

- Módulo VI - Reconfiguração da Prática do Cuidado (126h);

- Módulo VII - Técnicas Educativas e Processos Grupais (45h);

- Atividades de dispersão (60h);

- Atividades de avaliação (18h) (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO, 2007, p. 6).

Os módulos ficaram sob a responsabilidade de um ou mais professores previamente estabelecidos. O professor responsável por cada módulo convidou especialistas da UFES e de outras instituições de ensino e também dos serviços

de saúde para ministrar aulas e colaborar no desenvolvimento do curso (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO, 2007).

As avaliações de conteúdo se deram de maneira processual e ocorreram de forma articulada entre os módulos, versando sobre o cotidiano vivenciado pelos profissionais e por meio de trabalhos tais como o diagnóstico situacional apresentados ao coletivo do curso. O diagnóstico situacional pretendeu aumentar a inserção dos alunos nas realidades locais. E para isso, realizou-se um levantamento da história do território, aspectos geográficos; econômicos; demográficos; culturais; e as redes sociais, indicadores de saúde e o papel da unidade de saúde (NÚCLEO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA, 2007).

Também foi solicitado aos alunos que realizassem durante todo o curso um portfólio pessoal que foi avaliado sistematicamente pelos coordenadores do curso. O portfólio é uma técnica integrativa e auto avaliativa. É uma coleção de trabalhos elaborados do início ao fim do curso com propósito de alcançar os objetivos de cada módulo. Essa técnica almejava responsabilizar os estudantes para seu processo de aprendizagem, responder as expectativas de emancipação e ampliação desejadas pelo curso e fornecer um diagnóstico representativo da trajetória do curso. Seguiram-se os seguintes critérios para sua avaliação: 1) Identificação do aluno; 2) Registro dos aspectos considerados pessoalmente relevantes; 3) Ilustração dos modos de trabalho em aula e fora dela; 4) Discussões dos conceitos estudados; 5) Inclusão de novas referências estudadas; 6) Revelação no envolvimento da revisão, reflexão e da seleção dos trabalhos; 7) Estabelecimento de diálogo com o professor e; 8) Apresentação da reflexão sobre a prática (NÚCLEO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA, 2007).

Por fim, até por exigência regimental, também houve a apresentação e a entrega escrita do Trabalho de Conclusão do Curso (TCC) (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO, 2007, p. 8).

A princípio a SEMUS apresentou a demanda de capacitar 160 profissionais com intuito de atender as necessidades dos serviços de saúde. Com isso, foram



programadas quatro turmas, cada uma com 40 alunos que deveriam ter início em 2008. Entretanto, devido problemas na transferência de recurso fundo a fundo seu início foi adiado para o dia 02 de fevereiro de 2010, com término em 18 de fevereiro de 2011. Somente 80 vagas foram disponibilizadas (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO, 2007).

O curso de Especialização em ESF teve início com 81 alunos matriculados, mas, antes mesmo de começar houve quatro desistências. Assim, 77 alunos iniciaram as aulas. No decorrer do curso, por vários motivos, oito profissionais desistiram, dentre eles, três profissionais da enfermagem; dois da medicina; um da odontologia, um da fonoaudiologia e um do serviço social (NÚCLEO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA, 2007). Sendo assim 69 alunos finalizaram o curso.

## 4 OBJETIVOS DESTA PESQUISA

### 4.1 Objetivo Geral

- Analisar como o curso de Especialização em Estratégia Saúde da Família, ocorrido em 2010 contribuiu para alterar a prática dos profissionais da SEMUS, Vitória/ES.

### 4.2 Objetivos Específicos

- Analisar o que os profissionais da Estratégia Saúde da Família aplicam em seu cotidiano acerca do conteúdo programático do curso de Especialização em Estratégia Saúde da Família, realizado no município de Vitória/ES.
- Identificar os desafios enfrentados pelos profissionais para por em prática o conteúdo do curso de Especialização em Estratégia Saúde da Família.

## 5 CAMINHOS METODOLÓGICOS

Para analisar quais as alterações na prática são identificadas pelos profissionais que realizaram o curso, optamos por um estudo descritivo com abordagem qualitativa. Minayo (2007, p. 21) defende como pesquisa qualitativa.

Questões muito particulares, ela trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes. Esse conjunto de fenômenos humanos é entendido aqui como parte da realidade social, pois o ser humano se distingue não só por agir, mas por pensar sobre o que faz e por interpretar suas ações dentro e a partir da sua realidade vivida e partilhada com seus semelhantes. O universo da produção humana que pode ser resumido do mundo das relações, das representações e da intencionalidade.

Dalbello-Araujo (2008) insiste que na abordagem qualitativa, o pesquisador, ao ocupar um lugar de implicação, institui ou ajuda a instituir outros sentidos, permitindo assim, que o entendimento perpassa por uma construção coletiva que acontece permanentemente entre o pesquisador e os profissionais que participaram do estudo.

A pesquisa qualitativa além de permitir desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos, referentes a grupos particulares, propicia a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação. Caracteriza-se pela empiria e pela sistematização progressiva de conhecimento até a compreensão da lógica interna do grupo ou do processo em estudo (MINAYO, 2007).

### 5.1 Sujeitos do estudo

Todos os profissionais que concluíram o curso e que estivessem atuando na ESF estariam aptos e foram convidados para participar da pesquisa. Contudo, é preciso ressaltar que das 80 vagas do curso de Especialização em ESF oferecidas aos profissionais inseridos nas unidades de saúde da família. Apenas

69 alunos concluíram a Especialização. Além disso, através de levantamento realizado no ano de 2014 pela Escola Técnica de Formação de Saúde Professora Ângela Maria Campos da Silva (ETSUS-Vitória) destes, 61 permaneciam alocados nas unidades de saúde.

Na busca por estes sujeitos, por meio de ligações telefônicas e contato pessoal com os gestores das USF, constatamos que na verdade, apenas 51 Especialistas trabalhavam atualmente na ESF. Destes dez estavam de licença por doença, maternidade ou estudo, restando, portanto 41 sujeitos. Em contato telefônico com os 41 profissionais com intuito de convidá-los a participar da pesquisa, 12 não puderam por diversos motivos, como férias; o gestor comunicou da pesquisa, mas não bloqueou a agenda de atendimento; o gestor não liberou a equipe para participar; problemas pessoais e falta de interesse em participar.

Após essa busca, nos restaram 29 profissionais, dos quais 16 se inscreveram por e-mail e participaram das sessões de grupo focal (GF), técnica de coleta de dados escolhida. Os profissionais pertenciam a diferentes categorias, saber: quatro dentistas, quatro enfermeiros, três médicos, três farmacêuticos, um fonoaudiólogo e um psicólogo.

## **5.2 Técnica utilizada**

O Grupo Focal é uma técnica de pesquisa na qual o pesquisador reúne, em um mesmo local e durante certo período, uma determinada quantidade de pessoas, que fazem parte do público-alvo de suas investigações, com o objetivo de coletar, a partir do diálogo e do debate com e entre eles, informações por meio do roteiro de discussão (CRUZ NETO, 2001).

Utilizamos como instrumento de coleta questões chaves (APÊNDICE A), que propiciaram um levantamento e obtenção de informações elucidativas a partir dos objetivos propostos pela pesquisa. A construção do roteiro para a realização do grupo focal tem pelo menos duas condições imprescindíveis: “ser suficientemente provocador para permitir um debate entusiasmado e participativo; e promover

condições de aprofundamento, fazendo jus ao que se pretende com esta técnica” (SOUZA et al., 2005, p. 138).

### **5.3 Estratégias de produção de dados**

As três sessões de GF realizaram-se em três Unidades de saúde, no período de junho e julho de 2014. Cada sessão contou com duração aproximadamente de 90 minutos. Após a concordância em participar do estudo, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B) foi assinado e iniciaram as discussões, que foram gravadas em áudio e transcritas na íntegra sem identificação do emissor da fala. Percebemos que as informações foram suficientes e atendiam os objetivos da pesquisa, a partir do momento que entendemos ter uma discussão sólida acerca de nosso propósito.

### **5.4 Procedimentos éticos**

A pesquisa foi estruturada conforme os dispositivos legais da Resolução de nº. 466/12 contendo as Diretrizes e as Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos. Teve a autorização da Prefeitura Municipal de Vitória para sua realização (ANEXO A) e foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do Centro de Ciências em Saúde (CCS) da UFES sob o registro de nº. 662.820 (ANEXO B).

### **5.5 Estratégias de análise**

O conteúdo do GF foi submetido à análise tendo como referencial Bardin (1994). Segundo essa autora, análise de conteúdo pode ser definida como:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos, e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de

conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (BARDIN, 1994, p. 42).

Dentro das modalidades de Análise de Conteúdo optamos pela Análise Temática. Minayo (2007) afirmou que a noção de tema está ligada a uma afirmação a respeito de determinado assunto. Ela comporta um feixe de relações e pode ser graficamente apresentada através de uma palavra, de uma frase e de um resumo.

Análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença, ou frequência signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado. Tradicionalmente, a análise temática era feita pela contagem de frequência das unidades de significação, definindo o caráter do discurso. Para uma análise de significados, a presença de determinados temas denota estruturas de relevância e de modelos de comportamento presentes ou subjacentes no discurso (MINAYO, 2007, p. 316).

Assim, iniciamos a análise do material da pesquisa com a organização das informações obtidas no GF. Tais informações, após terem sido gravadas em áudio e transcritas na íntegra, foram apreciadas de acordo com as fases da análise de conteúdo, respeitando-se a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados encontrados. Essa análise considerou, também que a construção do “[...] corpus da pesquisa deve seguir as regras de exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência” (BARDIN, 1994, p. 96).

Dessa maneira, após descrever e analisar os conteúdos da técnica de GF, a análise concentrou-se na discussão e reflexão das categorias temáticas. Para a interpretação final, buscou-se aprofundar nos conteúdos, de forma que fosse possível identificar as falas que aproximavam ou distanciavam do pensamento científico, a fim de estabelecer comparações com o conhecimento existente sobre a EPS e sua proposta política.

## 6 DISCUSSÕES

Apresentamos a seguir as análises que foram feitas a partir dos dados coletados no trabalho de campo. Importante frisar que as técnicas utilizadas por este tipo de abordagem acabam por produzir um conjunto muito extenso de dados. As sessões do GF foram muito ricas e produziram um denso material, assim como os passos iniciais que percorremos até chegar à realização dos mesmos.

Diante do desafio de tornar este material inteligível, optamos por abordá-lo por temas como sugere a técnica de Análise de Conteúdo. Desta forma, realizamos a leitura exaustiva das transcrições da discussão grupal e buscamos responder os objetivos da pesquisa, que procuram entender quais conteúdos do curso estão sendo aplicados na prática profissional e por outro lado, quais as dificuldades em implementá-los. Ou seja, o curso de Especialização em ESF contribuiu para alterar a prática dos profissionais da Estratégia, como objetivado ao seu início?

Assim sendo, os conteúdos se distribuem entre os dois principais objetivos: **principais mudanças na prática percebida após o curso e as dificuldades para aplicar os conteúdos veiculados no cotidiano da Estratégia.**

Entretanto, percebemos que seria interessante agregar outros temas, um deles diz respeito ao **perfil dos alunos como um todo** e que se contrapõem a **análise sobre os investimentos que são feitos para a formação e a rotatividade dos profissionais na Estratégia**, visto que ao procurar os sujeitos da pesquisa, os egressos do curso, percebemos que muitos deles já não se encontram trabalhando nesta área.

Outro diz respeito a uma **avaliação espontânea sobre o curso** que emergiu das discussões do GF, e que optamos por tratá-la pareada a uma avaliação formal que foi feita por escrito, pelos alunos ao final do curso, ou seja, em 2011.

Por fim, tratamos de um **sub tema** produzido a partir de um duplo sentido percebido ainda nas discussões do GF, e que aponta para a dicotomia que os profissionais fazem entre o termo **prática (técnica específica) e postura**

**profissional**, visto que afirmam que o curso não mudou-lhe a prática, mas sim a postura profissional, como se fossem performances distintas.

Procuramos sempre que possível cotejar as análises com outras pesquisas brasileiras sobre temas correlatados de modo a articular seus resultados quando convergentes ou apontar-lhes as discrepâncias.

## 6.1 O PERFIL DOS ALUNOS DO CURSO

O curso de Especialização em ESF formou 69 especialistas. Desses, 61 são do sexo feminino, representado por 88%, e 12% (8) do sexo masculino. Podemos observar resultados semelhantes em outras pesquisas, que apresentaram discussões nos processos de feminização do trabalho nas equipes do PSF (DIMENSTEIN e SANTOS; GIL, 2005).

Em relação à idade, observamos que aproximadamente metade dos formandos em ESF 49% (34) se encontram na faixa etária de 31 a 40 anos. Em seguida, a faixa etária de 20 a 30 anos com 23% (16), de 41 a 50 anos com 19% (13) e maior de 50 anos com 9% (6). Assim, essa distribuição é semelhante à pesquisa de Gil em 2005, que buscou “avaliar o perfil dos participantes dos cursos de pós-graduação *lato sensu* em saúde da família”, viabilizado pelo MS com recurso do REFORSUS.

A afirmativa pode ser complementada através dos dados encontrados pela fundação Oswaldo Cruz na pesquisa intitulada “Avaliação da implementação do PSF em Grandes Centros Urbanos: dez estudos de caso”, nos quais predominam o perfil dos profissionais com faixa etária de 30 a 39 anos, cerca de 40 % (ESCOREL, 2005).

Sobre a formação profissional, constatamos que tanto as categorias dos enfermeiros quanto dos médicos foram as mais encontradas com 23% (16) cada, seguida de odontólogos, assistentes sociais e psicólogos, respectivamente, com

19% (13); 10% (7); 10% (7). As demais categorias, farmácia, fonoaudiologia e técnico esportivo juntas somaram 15% (10); distribuídas na sequência 9% (6), 5% (3) e 1% (1). Esse resultado corrobora com a discussão de Gil (2005) que, apontou uma distribuição das categorias mais equilibradas entre enfermeiros e médicos, haja vista serem estes profissionais os que originalmente compõem as equipes básicas de saúde da família.

Devemos ressaltar a significativa participação quantitativa dos odontólogos. Dados confirmados também nas pesquisas: “Avaliação dos Egressos do Curso de Especialização em ESF” de Maciel et al., (2010) e “Formação de Recursos Humanos em Saúde da Família: Paradoxos e Perspectivas” de Gil (2005). Tais pesquisas apresentaram a inserção, embora recente, desses profissionais na ESF. De maneira que podemos afirmar que o universo dos alunos que compuseram o curso expressa o conjunto dos profissionais do PSF, somado às demais categorias, que no caso do município de Vitória mesmo não fazendo parte da equipe mínima sugerida pelo MS, também se envolvem no trabalho da Estratégia, visto que atuam junto ao território de referência. São os chamados profissionais de apoio à Estratégia e são compostos por psicólogos, assistentes sociais, educadores físicos e fonoaudiólogos.

## 6.2 O RESULTADO DO INVESTIMENTO NA ESPECIALIZAÇÃO

Ainda que não tenha se constituído como objetivo desta pesquisa a avaliação institucional sobre as atividades de EP da SEMUS, é inegável que argumentos que apontam um desarranjo entre os propósitos da instituição, manifestados na organização do processo de trabalho, no trato com os recursos humanos e nos objetivos do curso chama nossa atenção e mereceriam uma análise específica. Isso porque o curso, seus objetivos, a programação de conteúdo e seu corpo docente foram formulados de comum acordo com a própria instituição. Além disso, foi executado de forma articulada com a gerência responsável pela



formação profissional da secretaria de saúde, em concordância com as normas e preceitos do MS.

Requer melhor análise também o custo do investimento realizado pela Prefeitura de Vitória na formação destes profissionais, quando se verifica que apenas 51 deles permanecem atuando na ESF após três anos passados. E 18 não estão como profissionais nas UBS's do município. Certamente, esse é um cálculo que deveria ser feito e que pesquisas posteriores poderão melhor elucidar, pois o descompasso entre as ações de formação, seu ideário, suas exigências de produtividade, suas condições de trabalho e a relação com o conjunto dos recursos humanos vem sendo percebida de diferentes maneiras ao longo de nossa experiência no Grupo de Estudo em Trabalho e Saúde (GEMTES).

### 6.3 AVALIAÇÃO DO CURSO PELOS PROFISSIONAIS

Imediatamente após a realização do curso, por ocasião da entrega dos certificados e acertos burocráticos, foi solicitado aos alunos que respondessem a um questionário com perguntas abertas e fechadas, com o intuito de realizar uma primeira avaliação do impacto do curso. Sabemos que estando tão próximo do final do curso esta avaliação poderia não refletir totalmente os questionamentos sobre o que de fato é possível implementar na prática dentre os conteúdos do curso. Porém, como o curso foi feito de forma a não retirar os alunos totalmente do trabalho, visto que das quarenta horas semanais de sua dedicação à ESF, apenas 32 horas quinzenais estavam voltadas para o curso, com isso esperava-se que houvesse alguma possibilidade de avaliação da adequação dos conteúdos à realidade local vivenciada.

Ao todo 52 alunos responderam ao questionário e os dados foram submetidos a uma tabulação simples com categorização das respostas abertas. Assim, temos que perto de 80% deles afirmaram na ocasião que os conhecimentos adquiridos modificaram sua ação profissional. Ainda que apenas 50% refiram-se a uma

melhora nas condições de trabalho. Também mais de 80% das respostas afirma que as ferramentas ofertadas pelo curso dão agora maior suporte para as atividades de planejamento baseado em risco e para as ações coletivas. Os aspectos relacionados à capacidade de construir um pensamento baseado na interdisciplinaridade e buscando recursos científicos parecia, na ocasião ainda pouco distante, assim como corresponsabilizar-se por casos que envolvam violência.

Estes últimos aspectos fizeram parte do conteúdo das discussões do curso, porém pareciam aos profissionais ainda distantes de serem implementados na prática.

Assim sendo, três anos depois de ocorrido o curso e por meio de abordagem qualitativa, também nos foi possível traçar uma avaliação por meio das discussões que ocorreram durante os GF's. As falas produzidas durante o GF indicaram uma grande satisfação dos profissionais em ter cursado a Especialização, mas também, algumas sugestões e críticas.

Os profissionais apontaram elevado contentamento em relação ao curso. Especialmente nos aspectos referentes ao campo da satisfação pessoal, aproximação com a equipe de trabalho, conhecimento de seu papel enquanto profissional da ESF, as trocas de experiências e de conhecimentos, vínculo com outras equipes do sistema de saúde e aprofundamento nos princípios da ESF.

Ainda em discussão sobre a satisfação dos trabalhadores é importante ressaltar que algumas estratégias de ensino que foram utilizadas durante o curso parecem indicar um grande envolvimento por parte dos alunos, visto que para executar tais atividades foi necessário muito tempo, tanto para coletar as informações quanto para desenvolvê-las. Dentre tais atividades, destacamos duas que foram mencionadas por muitos sujeitos da pesquisa. Disseram que ao se recordar do curso, logo se lembram das atividades do “Diagnóstico Situacional” e do “Portfólio”.

*Ao cursar a Especialização em ESF tive muito trabalho braçal. Fizemos vários trabalhos, dentre eles **me recordo do diagnóstico situacional**, fizemos uma apresentação e depois uma reapresentação, essa apresentação foi no auditório da prefeitura com várias pessoas da secretaria assistindo, como o próprio secretário, **isso foi bom e me marcou muito**. Além disso, tivemos a monografia, eu fiz algo totalmente fora da minha formação, mas que está relacionado com o meu território. Foi um tema que eu nunca havia estudado, fizemos grupos para estudar, então me lembro de que **foi uma pós 'suada' e bem interessante**.*

*[...] **achei o curso trabalhoso, mas foi muito bom**, por que eu havia acabado de entrar na Unidade, entrei em 2009 e o curso começou em 2010. **Pude conhecer o meu território e a equipe de trabalho através da atividade do diagnóstico situacional**.*

***O portfólio marcou de forma positiva o curso, a professora utilizou uma metodologia livre e os alunos puderam construir o portfólio do seu jeito, sendo algo bem pessoal**, diferente do TCC que tínhamos que seguir as normas da ABNT [...] eu ficava bem estressada com o TCC. Mas o portfólio é bem a minha cara. Eu fiz exatamente como a minha "cara", todo escrito à mão e com muitos desenhos. Essa liberdade foi prazerosa para mim. E não me ditaram regras para fazer, pude ser livre [...].*

Analisando os relatos, constatamos que os profissionais desejaram realizar o curso, e essa abertura contribuiu para que ocorressem realmente mudanças no trabalho, por meio da troca de conhecimentos e experiências durante o curso. Além da oportunidade de estudar os princípios da ESF.

*Esperei muito por essa pós-graduação. **Estava com muitas expectativas**. A aula inaugural foi em dezembro 2007 e somente em 2010 que começamos a estudar de fato. Para concluí-la enfrentei muitas barreiras, pessoal e profissional [...] mas **valeu a pena**.*

*Durante o curso eu não trabalhava nessa unidade que estou hoje, **tive a oportunidade de conhecer muitas pessoas do sistema de saúde**, por que onde eu trabalhava antes, eu ficava totalmente de fora do que acontecia no mundo. **Teve muito aprendizado, aprendia muito em todas as atividades que participava e havia também troca de conhecimento [...]**.*

*O curso foi fantástico. [...] **teve aprofundamento com exemplos práticos**. Isso foi muito rico.*

***Para mim foi um privilégio participar do curso. Era um enorme desejo cursar essa pós. Na minha unidade o curso estava muito concorrido**, todos os profissionais desejam fazer essa pós. Como a*

*minha categoria profissional não fazia parte da ESF eu tinha interesse pessoal em fazê-la. Respeito à oposição dos que criticam [...]. Como eu estava há pouco tempo no serviço havia dificuldades em entender a minha categoria profissional na ESF. Sentia a necessidade de conhecer e me apropriar dos princípios da ESF. E até para enxergar qual seria o meu papel enquanto profissional na ESF. Como eu não faço parte da equipe mínima preconizada para a ESF tinha esse forte desejo [...].*

Essas informações fortalecem a importância dos cursos de especialização em saúde da família para a capacitação dos profissionais e, conseqüentemente, a consolidação do SUS. Paim e Nunes (1992) ressaltaram que a dinamicidade e a complexidade das práticas no âmbito do trabalho em saúde, estabelecem padrões mutáveis nesse campo, o que requer novos métodos de ensino e formação dos trabalhadores inseridos. Assim, os cursos e programas de capacitação e aperfeiçoamento em saúde coletiva devem ser voltados para as mudanças e tendências no âmbito das práticas que são produzidas no cotidiano mutável dos serviços de saúde.

Por outro lado, os trabalhadores sugeriram pontos a serem alterados, caso a SEMUS se interesse em proporcionar outro curso de especialização em ESF e também especializações com temáticas diferentes. Dentre as sugestões destacaram: a necessidade de maior tempo para desenvolverem as atividades; informar no início das aulas sobre a atividade do portfólio, assim terão prazo suficiente para obter as informações com intuito de realizar tal atividade; optar por incluir no programa das atividades o TCC ou o portfólio; organizar o curso em horário que não sobrecarregue os profissionais, visto que precisam trabalhar além de estudar; e tentar passar o mínimo de atividades para serem desenvolvidas em casa, pois precisam cuidar da família e de seus afazeres do lar.

*Tive muitos problemas para realizar o curso, um deles foi o horário, o **horário colocado pelo serviço para os profissionais foi muito injusto**. Tentamos pactuar com nossa gestora e não conseguimos em nenhum momento. Trabalhávamos durante o dia e estudávamos até as 22h [...] **não foi autorizado, fazer o curso no horário de trabalho**. [...] **além de ter que fazer as atividades em casa, no momento que deveríamos descansar ou estar com a família [...].***

*Achei muitas atividades para desenvolver em pouco tempo, o portfólio e o TCC. Acho que deveria ser o TCC ou o portfólio. E precisávamos trabalhar também. Não estudávamos somente.*

*Acho que deveria ter falado deste portfólio logo no começo das aulas, por que assim teríamos um tempo para juntar os materiais no decorrer do curso. Quando falaram dessa atividade, havia pouco tempo para executá-la [...] o jeito foi fazê-la no final de semana, e é ruim por que temos também a família e casa.*

Os relatos dos profissionais nos permitiram constatar a relevância do curso para que esses pudessem incorporar novos papéis sociais e profissionais, novas formas de organização do trabalho, de habilidades e conhecimentos.

No entanto, foi possível verificar nas falas dos sujeitos da pesquisa críticas sobre a organização do curso. Alguns alunos relatam que não tiveram desejo em realizar essa especialização em saúde da família e também outros reclamam que tiveram que fazer várias atividades “pesadas” (assim denominadas pelos profissionais) no decorrer do curso, como o portfólio, o TCC e o diagnóstico situacional. Outros afirmam que o curso não condiz com o processo de trabalho nas USF’s. Além do fato de que metade do horário do curso aconteceu no período da noite, ou seja, fora do horário de trabalho. Momentos esses que segundo os entrevistados deveriam ser de lazer, descanso e momentos com a família.

*Gostaria de comentar sobre o portfólio e a experiência do curso, sobre o portfólio tive dificuldade com a subjetividade por que minha formação é técnica. [...] tenho certeza se perguntasse, é seu desejo estar aqui fazendo pós-graduação em ESF? Nem todos responderiam que sim. Passaram que todos os profissionais da ESF teriam que fazer o curso. Tivemos várias reuniões na nossa turma e foi um “arranca rabo”, por que o curso foi imposto [...]. E fizemos um curso que não era a nossa escolha. Isso me desmotivou [...] também achei o curso muito trabalhoso, várias atividades “pesadas”, como portfólio, o TCC e o diagnóstico situacional, isso tudo para entregar de uma vez só.*

*[...] a prefeitura gastou muito dinheiro e concluí o curso com a esperança de que ao retornar para o meu território eu iria colocar em prática o que aprendi. Mas o curso vem na contra mão da organização do trabalho na ESF [...]. Todo investimento da prefeitura foi em vão, investiram alto e não proporcionam condições de executar o que ensinaram.*

*Em geral o curso foi produtivo. Se tivesse que fazer hoje, aproveitaria mais. Não gostei do horário que ocorreu. O curso que beneficiará o*

*trabalho tem que ser no horário de trabalho. Foi muito “puxado” estudava das 13h até as 22h e no dia seguinte tinha que bater ponto às 7 horas na unidade.*

Para Kramer, (1997, p. 5) as críticas também representam o desejo de fazer melhor, de aprimorar esse processo, o qual nunca se dará por acabado, uma vez que “[...] uma proposta pedagógica é um caminho, não é um lugar. Uma proposta pedagógica é construída no caminho, no caminhar”. Apesar de algumas sugestões e críticas, prevalece nos relatos a ideia de satisfação quanto à realização do curso, visto que oportunizou aos envolvidos a ampliação do olhar sobre o processo de trabalho em saúde, tanto na USF que trabalhava, quanto em outros níveis de atenção. Por meio da dinâmica do curso, os sujeitos tiveram a possibilidade de olhar para a própria prática de trabalho, o que os tornaram mais seguros para desejarem rever e alterar sua prática conforme os princípios da ESF. Além disso, a vivência do curso com outros profissionais também da ESF propiciou a reflexão, a autocrítica, o crescimento pessoal e profissional e a troca de experiências.

O fato de terem emergido críticas não significa que o curso não conseguiu atingir seus propósitos, uma vez que as contribuições levantadas referiram-se justamente aos principais objetivos do curso: 1) Formar profissionais de saúde para desempenhar atividades em UBS sob a ESF, de forma integral e resolutiva através de ações de abordagem individual e coletiva, com humanização da assistência; 2) Discutir os papéis dos profissionais de saúde e as estratégias de atuação com base nos princípios do SUS; e 3) Aprimorar a capacidade dos participantes para o trabalho em equipe interdisciplinar, na perspectiva da abordagem integral dos problemas de saúde dos territórios (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO, 2007, p. 3).

Cabe ressaltar que o investimento em qualificação de pessoal, quando bem planejado e desenvolvido, é capaz de produzir mudanças positivas. Contudo, para que se possam alcançar os resultados esperados, a interação entre o processo de trabalho da instituição e os objetivos do curso deve estar alinhada.

## 6.4 DICOTOMIA ENTRE A POSTURA PROFISSIONAL E A TÉCNICA

Merece destaque uma distinção feita por vários participantes dos GF's de que a técnica é algo diferente da postura profissional. Neste sentido, afirmam que o curso trouxe transformações à postura profissional, e com esta fala querem se referir às seguintes mudanças: 1) A maneira como passaram a planejar e manejar as ações coletivas e as atividades grupais, 2) As alterações positivas que percebem no trabalho em equipe, 3) A ampliação de conhecimentos quanto ao território e sua rede formal e informal de suporte, possibilitado não apenas pelas informações oferecidas durante o curso, mas pela própria convivência com os colegas de outros territórios e de outras áreas técnicas, que compuseram o corpo docente.

Por meio dos relatos dos participantes, foi possível identificar que alguns profissionais entendem prática como sendo exclusivamente composta por procedimentos técnicos:

*[...] fazer o curso foi muito bom enquanto profissional. Conheci outros profissionais, tive troca de experiências e conhecimentos, e me estimulou a pesquisar mais, tanto que realizei outros cursos. **Mas não consigo visualizar impacto na minha prática enquanto enfermeira, que estou na ponta da assistência**, mas admito que contribuiu para o meu crescimento enquanto profissional de saúde do SUS e me possibilitou aberturas e inserção em outros espaços.*

*O curso foi basicamente teórico e **não consegui visualizar nada diretamente voltado para a minha formação, que é enfermagem** [...]. Teve um longo conteúdo sobre a saúde mental e saúde do idoso. [...] mas não discutiram pontos voltados para o dia a dia, na ponta da assistência.*

***Não teve nenhum momento específico para a minha categoria**, mas acho que já era tendência do curso, visto que trabalhavam com uma turma interdisciplinar. Mas gostaria que tivesse aprofundamento na minha formação.*

Ainda hoje, as profissões de saúde são fortemente influenciadas pela visão cartesiana do homem, caracterizada pela separação entre corpo e alma e pelo modelo biologicista, atribuindo pouca atenção no que se refere a outros fatores que interferem no estado de saúde e doença das pessoas, como os emocionais, psicológicos e sociais. Atualmente, muitas críticas são feitas ao exercício dessa prática delimitada por velhos paradigmas, condicionada ao biologismo e à fragmentação do indivíduo, e que ainda é dominante (PASCHOAL; MANTOVANI; LACERDA, 2006).

Através das falas dos profissionais percebemos que esperavam do curso uma forma de buscar conhecimentos e atualizar o conteúdo aprendido em sua formação, ideia que se aproxima, da educação tradicional, vertical e temática. Entendemos que aqueles profissionais que relataram não perceber mudanças em suas práticas por esperarem que o curso de Especialização em ESF, fosse ser voltado para assuntos específicos de sua formação.

Mesmo alegando que o curso não agregou conhecimentos específicos para sua atuação prática (técnica específica), relataram que agregaram conhecimentos para utilização de meios tecnológicos para gerar e consultar dados da rede dos serviços de saúde, além de ter contribuído para o trabalho interdisciplinar e comprometimento em projetos e ações das USF' s.

*Por que na minha prática específica, na minha categoria profissional contribuiu pouco. Mas, teve muito crescimento pessoal [...]. **O curso me ajudou a descobrir mecanismos e ferramentas, como a informatização da rede, aprendi a gerar informações e dados e a utilizá-los. O curso me ajudou muito nesse aspecto. E mudei a minha prática nesse sentido.***

*[...] não teve nenhum momento específico para a minha categoria, mas acho que já fazia parte da programação do curso, visto que trabalhavam com profissionais de diversas áreas. Mas acho que algumas formações precisavam de conteúdos específicos [...]. Não critico o método, o conteúdo e o curso em geral, por que considerei excelente, **aprendi muito, mas me frustrei um pouco nesse lado, por que na minha prática específica contribuiu pouco. Teve muito crescimento pessoal também [...].***



*De imediato eu não consegui visualizar se alterou algo diretamente na minha prática. Já em minha prática enquanto equipe houve muitas mudanças, passei a me envolver e participar de projetos e de ações na unidade, e me informei de várias áreas que não estava tão integrada. O curso me despertou também para ter mais vontade de estudar, então nesse aspecto o curso me ajudou muito e alterou a minha prática nesse sentido.*

Esse distanciamento presente nos relatos dos profissionais, da postura profissional com a técnica pode ser decorrente das experiências das formações das profissões e com as tradicionais ofertas de cursos de capacitação e qualificação, em que ainda prevalece a pedagogia da transmissão.

Para Motta, Buss e Nunes, (2001) o treinamento como forma de ajuste dos profissionais às suas práticas no serviço, fez com que a educação se configurasse em atualizações estanques e dirigidas a cada categoria profissional isoladamente, sem contemplar a diversidade do trabalho em saúde e as necessidades no SUS.

## 6.5 ALGUMAS MUDANÇAS NA PRÁTICA

O curso de Especialização em ESF trouxe contribuições para os profissionais das USF's do Município de Vitória. Conforme relato dos participantes da pesquisa foi possível perceber mudanças após o curso, principalmente, no que diz respeito às **ações coletivas, ao trabalho em equipe, na conduta pessoal e no trabalho em rede**. Tais contribuições são discutidas como categorias temáticas.

### 6.5.1 Entendemos o que é grupo

Os trabalhadores relataram que os conteúdos relacionados à disciplina do curso de Especialização em ESF, intitulada “Técnicas Educativas e Processos Grupais” marcaram sua prática e continuam interferindo no entender e na forma como passaram a realizar as atividades coletivas ou grupais. Podemos confirmar isso por meio do relato a seguir:

*Planejamos um grupo [...] que funciona em formato de uma mesa redonda [...]. É uma troca de informações. Trabalhamos com as dúvidas e problemas da comunidade. Mas esse grupo foi reformulado depois de fazer a especialização em ESF. Para vocês terem ideia de como funciona o grupo, a comunidade leva diversos questionamentos [...]. O que eles aprendem e trocam no grupo, levam para a vida. Isso contribui para criar vínculo com a comunidade. São coisas do dia a dia que eles levam para a discussão. Não reunimos as pessoas para dar palestras. Aprendi isso na especialização, pois lá participamos de dinâmicas de como trabalhar em grupo [...].*

De acordo com a fala dos profissionais percebemos que tal disciplina ocorreu de forma articulada aos demais conteúdos e construída coletivamente, na qual foram valorizados o “fazer saúde” de cada profissional, o dia a dia na Unidade de Saúde e a realidade da população local.

Desta forma, consideramos que o primeiro passo, que provocou mudanças nos processos de formação foi entender que as propostas não poderiam ser decididas pelos níveis centrais, sem levar em conta as realidades locais de saúde e seus

protagonistas. Essas mudanças fizeram parte de uma grande estratégia, que contribuiu para a articulação dos protagonistas, a problematização das realidades locais, e para isso envolveu os diversos segmentos. Lembrando que problematizar significa “[...] refletir sobre determinadas situações, questionando fatos, fenômenos e ideias, compreendendo os processos e propondo soluções” (BRASIL, 2005a, p. 8).

O processo de formação da EPS dependeu diretamente do envolvimento com os dirigentes, profissionais em formação, trabalhadores, estudantes e usuários. Na prática, foram eles que se ocuparam do fazer, pensar e educar em saúde nas diferentes realidades e também foram eles que, em suas negociações, definiram o que era preciso ensinar e aprender. Assim, dentro do possível o curso procurou imitar os movimentos previstos na PNEP na qual a roda desempenha espaço de educação, aproximação com a realidade, reuni os diferentes interesses e pontos de vista existentes na prática diária das áreas da saúde e da educação (BRASIL, 2005a).

Nesse contexto, apresentamos a seguinte fala do profissional participante da pesquisa:

*Houve uma provocação no curso, e me senti muito estimulada, os encontros com a turma eram ricos em relação à troca de conhecimento. Interessante que nas trocas percebi que as dificuldades no dia a dia do PSF eram as mesmas, mudava apenas a caracterização do território [...]. Na época do curso, aqui na minha unidade, nós já fazíamos educação em saúde. Eu era uma das profissionais, que organizava sistematicamente as reuniões de educação em saúde com os adultos, os bebês e as crianças. **Mas com a disciplina de “técnicas educativas e processos grupais” houve um aprimoramento.** Quando concluí o curso, estava com muitas ideias para melhorar e aprimorar a atividade de educação em saúde. Era uma atividade que foi iniciada pela equipe de odontologia, essas atividades aconteciam em formato de grupos [...], mas grupo mesmo, **digo grupo de verdade**, com foco no sujeito bebê que incluía a participação também dos pais, avós, irmãos e até as babás [...].*

Desta forma, as atividades grupais precisaram ser conhecidas pelos próprios integrantes, o que contribuiu para criar significados, problematizar suas ações através das relações entre si, com aqueles que atenderam, esclarecendo e

revido o que tomaram por problema de saúde e por ação (FORTUNA et al., 2005).

Segundo Afonso, Silva e Abade (2009) a atividade em grupo funciona como um campo de referências cognitivas e afetivas, onde o sujeito se integra e se reconhece, podendo tanto bloquear quanto estimular processos criativos e críticos. A partir das falas dos trabalhadores constatamos o quanto estavam desejosos em iniciar e participar de Grupos em seus respectivos territórios.

***Quando terminei a pós-graduação em ESF saí “doida” para fazer um grupo, revisei o material para fixar o que aprendi, demorou bastante, depois de muitos anos... consegui! E nós profissionais pretendemos fazer outros grupos.***

***Planejamos organizar um grupo relacionado à obesidade, com intuito de controlar a hipertensão e a diabetes, pois acreditamos que não poderemos alcançar bons resultados apenas com a explicação e a proibição do que podem ou não comer.***

Podemos enriquecer a discussão, a partir do método de Paulo Freire e das contribuições da pedagogia construtivista. Tal método foi elaborado nos anos de 1950, além de manter seus procedimentos técnicos iniciais, também incorporou novas ideias ao longo das décadas, que se definiu com a “Pedagogia da Autonomia”, com ênfase na dialogicidade, na autonomia do sujeito e na sua inserção cultural (FREIRE, 1996).

Ao mesmo tempo, as ideias construtivistas embasaram novas experiências de EP, a partir da proposta do MS em 2005, como estratégia de transformação das práticas de formação, atenção, gestão, formulação de políticas, participação popular e de controle social no setor da saúde. A EP se baseou na aprendizagem significativa como possibilidade de transformar as práticas profissionais. Entretanto, isso foi possível somente quando as perguntas e as respostas foram construídas a partir da reflexão de trabalhadores e estudantes sobre o trabalho que realizaram ou para o qual se prepararam. A EP foi entendida como aprendizagem-trabalho, além de considerar os conhecimentos e as experiências dos trabalhadores (BRASIL, 2005b).

Diante disso, importante para essa análise se considerar a obra da “Pedagogia da Autonomia”, de Freire (1996) que enfatizou a relevância da reciprocidade entre educador e educando, envolvidos em um processo dialético para que houvesse a transformação de ambos. Tudo indica que neste processo o que se ensinou foi mais que um conteúdo. Foi um jeito de ser, uma abordagem crítica, uma abertura para o conhecimento e para o outro: “[...] a leitura verdadeira me compromete de imediato com o texto que a mim se dá e a que me dou e de cuja compreensão fundamental vou me tornando sujeito” (FREIRE, 1996, p. 27).

### **6.5.2 O trabalho em equipe mudou muito**

O trabalho em equipe, embora não fosse uma exclusividade da saúde da família, representou um de seus principais pilares. A importância do trabalho em equipe na ESF foi ressaltada, principalmente, pelo aspecto da integralidade nos cuidados de saúde, reconhecida como um dos princípios doutrinários do SUS.

Nesse sentido, Araújo e Rocha (2007) afirmaram que a partir dos anos 90, a integralidade revestiu-se de uma importância estratégica ímpar para a consolidação de um novo modelo de atenção à saúde no Brasil.

Para alguns autores, entre eles Mattos (2001, 2003) e Cecílio (2001) a integralidade deve ser pensada como uma imagem-objeto, portanto polissêmica, com variados sentidos. Essencialmente, Pinheiro trabalhou em 2003 com a concepção de integralidade como uma dimensão/valor das práticas de saúde. Além disso, contribuiu na busca de uma apreensão ampliada das necessidades de saúde da população atendida. Portanto, foi entendida como um “tipo de marcador contínuo” que incluiu os aspectos objetivos e subjetivos resultantes da interação/relação dos atores em suas práticas no cotidiano das instituições.

Devemos lembrar que, a ESF foi considerada uma estratégia de reestruturação do sistema de saúde, a partir da Atenção Básica. E teve como pressupostos a implementação dos princípios do SUS (dentre os quais a integralidade, que nos

interessa nesta análise). Desta forma, com os princípios doutrinários do SUS buscou-se um novo modelo de atenção baseado na promoção da saúde e nos elementos centrais, como o trabalho com adscrição de clientela, o acolhimento como porta de entrada para as USF' s, a visita domiciliar, a integralidade das práticas e a equipe multiprofissional (BRASIL, 2001).

Com isso, nos atentaremos na discussão do trabalho em equipe na saúde, que interfere diretamente no processo de saúde-doença. O trabalho em equipe possibilitou que o profissional se reconstruísse na prática do outro, ambos transformados para a intervenção na realidade em que estavam inseridos (ARAUJO e ROCHA, 2007).

Nesse contexto, passaremos então, a descrever os resultados encontrados na pesquisa tomando como ponto de partida o Trabalho em Equipe, que se fez presente nas falas dos sujeitos, considerados instrumentos de transformação da prática profissional.

Por meio do GF, foi possível identificar que vários participantes denotaram que o trabalho em equipe desenvolvido no cotidiano das USF' s se tornou mais forte e articulado após a realização do curso de Especialização em ESF.

Assim, identificamos na fala do sujeito a seguir, que o Trabalho em Equipe foi um dos elementos de configuração da nova lógica no agir desses profissionais e na forma como se produziu o cuidado em saúde.

*O que mais me acrescentou nessa pós-graduação que cursei em 2010, foi ter condições de compreender a visão de outros profissionais através do **trabalho em equipe**. Isso me despertou. Por que não vale somente o meu ponto de vista, tenho que considerar o que outro colega enxerga e deseja. Isso foi maravilhoso, serviu para "abrir a minha cabeça em relação ao trabalho".*

Diante da soma de distintos olhares dos profissionais que compõem as equipes interdisciplinares. Foi possível fazer uma abordagem integral da saúde dos indivíduos e de seus familiares. Araújo e Rocha (2007) afirmaram que ao se considerar a integralidade no cuidado é possível obter maiores efeitos sobre o

processo de saúde dos sujeitos. Entretanto, a estruturação do trabalho em equipe multiprofissional na ESF, por si só, não garantiu uma ruptura com a dinâmica médico-centrada, para tanto, houve a necessidade de dispositivos que alteraram a dinâmica do trabalho em saúde, nos fazeres do cotidiano de cada profissional.

Assim, para a construção do projeto de saúde da família, foi necessário nortear o trabalho em equipe por meio de um projeto assistencial comum com intuito de interagir com os agentes e entre a comunidade (ARAUJO; ROCHA, 2007). Tal atitude foi relatada na fala do profissional a baixo:

*O curso influenciou meu cotidiano no trabalho, porque depois que concluí o curso me aproximei dos profissionais da minha unidade e conheci profissionais de outras unidades também. Consegui **trabalhar em equipe**, por que antes não considerava necessário partilhar com outros profissionais, tampouco perguntá-los sobre algo em relação ao usuário.*

Para tanto, foi imprescindível o desenvolvimento de uma prática comunicativa orientada para o entendimento mútuo. Segundo Araujo e Rocha (2009) o trabalho em equipe “provoca a escuta do outro e faz-se interação entre os autores” (p.1449). A mudança encontrada na prática foi sistematizada pelo participante da pesquisa, descreveremos a fala para melhor compreensão:

*Apreendi que o **trabalho em equipe** vai além de somente comunicar. Por que antes de cursar a pós-graduação eu achava que conseguia resolver tudo sozinho.*

Ao olhar para o cotidiano das USF' s, os autores afirmaram que o trabalho em equipe foi considerado como uma construção coletiva das práticas. A complementaridade e a interdependência estavam presentes e indicaram uma ação integral na oferta do cuidado (ARAUJO; ROCHA, 2009).

Com isso, Fortuna et al., (2005) acrescentaram que o modo de trabalhar e a forma como o trabalho estava organizado influencia as relações entre os profissionais da equipe. O contrário também é verdadeiro, as relações influenciaram o jeito de trabalhar. Em uma equipe em que as pessoas chegavam cedo à unidade e se dirigiam cada um para uma sala, encontraram relações de

pouco vínculo o que demonstrou muita insatisfação e desentendimentos frequentes, que nem sempre eram resolvidos e explicitados. Os autores complementaram que, os trabalhadores eram também responsáveis diretos por essa forma de trabalho. De acordo com a afirmação: “Somos feitos pelo nosso trabalho e nele nos fazemos” (FORTUNA et al., 2005, p. 5).

A informação produzida no GF afirma que a vivência do curso possibilitou a concepção ampliada de trabalho em equipe como resultado das relações construídas entre os profissionais durante o curso de Especialização em ESF. A iniciativa de trabalhar em equipe contribuiu para tentar substituir o modelo hegemônico de saúde, centralizado no atendimento hospitalocêntrico, aquele que se caracteriza pelo trabalho fragmentado, com cada um fazendo uma parte, utilizando prioritariamente recursos do saber específico de cada profissional, restringindo assim as potências do Trabalho em Equipe (FORMENTON, 2013).

*Os dentistas são muito técnicos, eu chegava em minha unidade falava bom dia e ficava o dia todo atendendo no consultório, e a partir do curso passei a conhecer os profissionais de minha própria unidade e de outras unidades da Grande Vitória. Houve uma integração muito boa. Contribuiu para o **trabalho em equipe**.*

Com isso, podemos afirmar que, o curso de Especialização em ESF obteve resultados positivos, visto que foi capaz de provocar mudanças nas práticas no que se refere ao trabalho em equipe. Apesar disso, torna-se imprescindível, portanto, uma ação político-institucional mais efetiva no apoio às equipes para o fortalecimento e a consolidação de seu trabalho no dia a dia das USF's.

### **6.5.3 Conduta pessoal**

Os trabalhadores da saúde informaram que a participação no curso de Especialização em ESF colaborou muito para o crescimento pessoal. Desta forma, podemos relacionar com a afirmação dos autores, Lino et al., (2009), que a EP como parte do pensar e do fazer dos profissionais apresenta a finalidade de



propiciar o crescimento pessoal e profissional, bem como contribuir para a organização do processo de trabalho, uma vez que se desenvolveu a partir de problemas diários identificados na realidade.

*O curso me ajudou a **mudar a forma de pensamento**, e também me ajudou no **crescimento pessoal**, saber que eu preciso mudar, e não o outro. Não trabalhar com o sistema punitivo. Às vezes o profissional está tão sobrecarregado que puni o paciente [...]. Temos que escutar o que houve para saber como intervir. **Hoje penso diferente por que aprendi no curso**. Por que a vaga não é do profissional, o médico não tem 10 vagas. A vaga é da comunidade. **Ao invés de punir, explico e oriento**. **Com isso melhorou a relação entre paciente e profissional e ajudou para criar vínculo e confiança**.*

Silva et al., (2011) complementaram a fala do sujeito da pesquisa, por meio da afirmação que a EP também tem contribuído como espaço para pensar e executar a formação e o desenvolvimento pessoal, além do profissional, com vistas a trabalhar os elementos que conferiram à integralidade da atenção a saúde. Constitui-se em uma das alternativas viáveis de mudanças no espaço de trabalho, em razão de cogitar formas diferenciadas de educar e aprender, através da qual se propôs transcender ao tecnicismo e as capacitações pontuais, instigando a participação ativa dos educandos no processo, assim como o desenvolvimento da capacidade crítica e criadora dos sujeitos, de transformar o mundo do trabalho e a si próprio.

Diante disso, Zocche (2007) discute que a competência profissional foi uma habilidade desenvolvida para atuar com segurança, acompanhando as mudanças e avanços tecnológicos e as diversidades presentes no mundo contemporâneo. Assim, afirmou que, a educação foi reconhecida como conhecimento inesgotável tanto em sua formação “formal” quanto em sua vivência diária. A competência profissional a qual a autora se refere representa combinações sinérgicas de conhecimento, habilidades e atitudes, expressas pelo desempenho profissional, para um cuidado ético, seguro e de qualidade ao ser humano e sua coletividade, dentro de determinado contexto organizacional. Aponta a autora que a nova configuração do trabalho, antes tido como trabalho para toda vida, adquire hoje um caráter de transitoriedade que requer de quem trabalha, além da qualificação, características como, iniciativa, cooperação, domínio do processo, capacidade de

prever e eliminar falhas, capacidade de comunicação e de interação com o próprio trabalho e com os demais profissionais e, principalmente, com os pacientes.

Tais perspectivas foram observadas mundialmente, e expressaram que o investimento realizado em recursos humanos se voltou principalmente para a qualidade do atendimento em saúde, exigindo a capacitação e formação de competências necessárias para a atuação profissional diante do mundo do trabalho. Assim, destacou-se a implantação da EPS como política nacional para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores da saúde, tendo em vista a articulação entre as possibilidades de desenvolver a educação dos profissionais e a ampliação da capacidade resolutiva dos serviços de saúde (BRASIL, 2004a).

Assim, as competências tanto profissionais quanto pessoais foram ações que articularam conhecimentos (o saber), habilidades (o fazer), valores (o ser) e atitudes (o conviver), construídos de forma articulada, considerando a contextualização dos serviços de saúde (ZOCCHÉ, 2007).

Para os usuários dos serviços de saúde, muitas vezes a qualidade do cuidado foi avaliada, pelo grau de atenção e informações que receberam dos profissionais (SALUM, 2007). Diante disso, podemos descrever a fala do profissional de saúde, visto que a melhor forma de prestar atendimento com qualidade é diante da atitude de se colocar no lugar do outro.

*Após o curso consegui ter a prática de **me colocar no lugar do outro. Ter empatia pelo paciente.** E fazer o seguinte exercício, como paciente o que esperar do profissional que me atenderá? Porque o paciente quando chega aqui já escutou muitos não, e o que eu puder dizer sim eu falo.*

Afirmamos que realizar a Especialização em ESF alterou a prática também no sentido de superar o modelo tecnicista da saúde. Através da reconstrução do modo de prestar cuidados em saúde por meio da ampliação de participação dos profissionais. Assim, Salum e Prado (2014) observaram que as relações interpessoais estimularam sentimentos positivos de simpatia e ajuda, confirmaram

a possibilidade do exercício de um trabalho melhor e mais prazeroso, enquanto que sentimentos negativos de antipatia e rejeição tenderam a diminuir as interações, ao afastamento e à menor comunicação repercutindo na prática do cotidiano.

Outro aspecto apontado como contribuição do curso diz respeito à mudança de postura junto aos colegas, aprendendo a respeitar e a reconhecer os limites de cada um para manter um ambiente harmônico.

*O curso me trouxe uma **mudança de atitude** em relação a vários aspectos, mas também aumentou o meu contato com todas as equipes da unidade de saúde, antes trabalhava somente com a minha equipe, e achava que isso era trabalho em equipe.*

Muitas vezes a organização do trabalho na saúde acabou criando no profissional uma espécie de amortecimento da sensibilidade, uma mecanização do cuidado, que se manifestou por um cuidado rotineiro prestado por “[...] aquele profissional que não olhava nos olhos e não se emocionava mais diante de um óbito ou nascimento” (ZOCHE, 2007, p. 287).

O rompimento dessa prática foi alvo de estudos sobre a humanização do cuidado, defendida pelas políticas públicas de humanização no Brasil, contribuiu no sentido de vislumbrar outra prática de cuidado interdisciplinar, com aprendizagem significativa e integralidade do cuidado. Implicou nesse sentido em uma nova organização do trabalho, mais flexível e participativa em que novos saberes e práticas se incorporaram no conjunto dos profissionais. Atitudes éticas no processo de trabalho implicavam em ter compromisso, corresponsabilidade, participação na esfera de decisão, respeito ao outro, respeito às regras estabelecidas e aprovadas por uma decisão democrática e com autonomia, cujos pressupostos, estavam explícitos nos profissionais que perceberam uma filosofia de assistência humanizada (BRASIL, 2004b).

*O curso me deu uma **visão humanizada** em relação ao paciente. Hoje sei que eu posso **ir um pouco além do profissionalismo** e não atender somente o que eu achava que era minha demanda. Existe um protocolo da Prefeitura de Vitória que preconiza o que tem que ser feito. Mas tem*

*problemas que fogem o protocolo, para resolver tem que seguir o coração, e isso não depende da técnica e da experiência.*

Zocche (2007), fala sobre sua experiência, e o quanto aprendeu ao conviver com os estudantes, com seus saberes e suas maneiras de olhar o mundo de forma descomplicada. Entendeu que trabalhar com as pessoas foi muito mais relevante do que “treiná-las” para determinado procedimento ou para um fazer específico de uma técnica de cuidados. Percebeu que determinadas pessoas sentiram-se bem, melhoraram ou permaneceram mais estáveis ao serem atendidas por determinados cuidadores que nem sempre possuíam um domínio das habilidades técnicas, mas acolhiam e escutavam de forma diferenciada. Para a autora esse sentido do ato pedagógico precisa ser incluído na avaliação. Os enfrentamentos oportunizados por situações-problema e estudos de caso fazem parte de um campo rico, permanentemente alimentado pela capacidade dos aprendizes de aprender. No ato de cuidar e de aprender cuidando, vários sentimentos e desafios são mobilizados nos aprendizes, como pessoas e como profissionais.

Diante disso, afirmamos que o curso de Especialização em ESF promovido pela SEMUS em parceria com a UFES ajudou repensar e reconstruir as práticas de saúde, conforme a fala do participante a seguir:

*O curso de Especialização em ESF contribuiu para o meu aprimoramento profissional e **crescimento pessoal**, venci muitos obstáculos para concluí-lo, o meu desejo em fazer o curso era tão grande, que durante as aulas torci o pé descendo a escada na UFES, e com isso fiquei impedida de apoiar o pé no chão, e precisei usar cadeira de rodas, mas mesmo assim, participei de todas as aulas, e consegui concluir o curso.*

Em confirmação a fala do sujeito, Zocche (2007) discute que na prática da educação profissional perpassaram ideias de que o ensino não deve ser baseado somente no saber fazer, mas também em como fazer de acordo com a realidade no interior dos serviços. Considerando o desenvolvimento das oportunidades de experimentação e do crescimento pessoal.

#### 6.5.4 Trabalho em rede

Os trabalhadores que cursaram a Especialização em ESF relataram um maior conhecimento da rede de serviços e de como acessá-la. A ideia de Rede estava implícita nos princípios e diretrizes do SUS, desde a CFB de 1988, estabeleceu em seu artigo de nº. 198, que “as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada” (BRASIL, 1988).

Entretanto, apesar da regionalização ser prevista como mecanismo de descentralização, integralidade e hierarquização da saúde, segundo Kuschnir et al., (2011), somente mais recentemente foi que a estratégia da regionalização apareceu com força na criação de instrumentos propícios às regiões de saúde e de pactos intergovernamentais, visando o estabelecimento de relações mais cooperativas e solidárias para responder às demandas crescentes dos cidadãos por serviços de saúde resolutivos e de qualidade.

Desta forma, a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) através da portaria de nº. 373, de 27 de fevereiro de 2002 trouxe a regionalização como lógica de planejamento integrado, compreendendo as noções de territorialidade, na identificação de prioridades de intervenção e de conformação de sistemas funcionais de saúde, não necessariamente restritos à abrangência municipal, mas respeitando seus limites como unidade indivisível, de forma a garantir o acesso dos cidadãos para resolução de seus problemas de saúde, otimizando os recursos disponíveis (BRASIL, 2002).

Nesse contexto, a regionalização passou a ganhar significado e peso dentro do sistema de saúde. Nesse primeiro momento, a regionalização, proposta tecnicamente pelo MS, foi uma norma que definiu, *a priori*, módulos assistenciais específicos de organização regional do sistema.

A regionalização retornou com mais força à agenda do SUS com a publicação em 2006 do Pacto pela Saúde, provado e regulamentado pelas portarias ministeriais de nº. 399 e 699, o Pacto propôs a substituição do formato rígido da NOAS por pactuação mais flexíveis, que resultou em construção de arranjos para a

contribuição da regionalização e do aperfeiçoamento das redes (BRASIL, 2006a; 2006b).

Assim, o MS divulgou o documento que ressaltou a importância da organização de redes regionalizadas de atenção à saúde no SUS, definiu como estruturas integradas de provisão de ações e serviços de saúde, institucionalizadas pela política pública em um determinado espaço regional a partir do trabalho coletivamente planejado e do aprofundamento das relações de interdependência entre os atores envolvidos (BRASIL, 2006b).

Embora, a normativa fosse fundamental para a efetivação da regionalização nos serviços de saúde. Consideramos em nossa discussão o conceito de rede de saúde atrelado à prática e ao cuidado no interior das USF's, visto que os profissionais de saúde foram encarregados de fazer com que o SUS fosse implantado e funcionasse adequadamente.

Silva Junior, Alves e Alves (2010) corroboram com essa ideia, visto que a articulação do trabalho de diversas equipes de uma rede não se resolve somente por normas e formulários, mas pela discussão conjunta de processos de trabalho e objetivos pactuados entre si e com a população.

Silva (2011) afirmou que embora as redes estejam relacionadas ao território, são mais potentes as intervenções em redes intersetoriais, a condição imprescindível da cooperação e solidariedade entre os atores e organizações de saúde da região para o atendimento das demandas e necessidades em saúde de uma dada população. Esse envolvimento dos atores para se efetuar o trabalho em rede pode ser confirmado na fala do participante da pesquisa:

*Com o curso passei a conhecer os colegas da minha própria unidade, por que parece que não, mas às vezes não temos tempo de conversar, e também profissionais de outras unidades, essa rede, aliança contribuiu para o trabalho fluir bem e efetivar os objetivos da ESF.*

Kuschnir et al., (2011), apresentam a noção de rede relacionada a várias concepções e significados. Em quase todos os sentidos detectados estava

presente a ideia de conexão, entrelaçamento e comunicação. A sua pesquisa evidenciou que quando se afirmava que um serviço de saúde estava integrado em uma rede, se compreendia que sozinho não seria possível resolver as demandas e que era necessário contar com outros serviços de saúde (de menor ou maior complexidade), que lhes dariam suporte, por exemplo, a área da educação, transportes e infraestrutura, entre outras. Concluem então que o funcionamento de cada uma dessas redes era fundamental para o desempenho do sistema de saúde.

Além disso, o trabalho em rede depende da construção de vínculos e da corresponsabilização entre profissionais e usuários para melhoria das condições de saúde (SILVA, 2011), haja vista que para prestar atendimento de qualidade é importante também ter suporte técnico por meio de qualificação, assim os profissionais terão conhecimento dos diversos serviços, programas e projetos existentes, e desta forma, terão condições de utilizar a rede para fazer os possíveis encaminhamentos e conexões, visando assim, o atendimento integral ao usuário do SUS.

Pareceu-nos então que o curso possibilitou conhecer e articular melhor o Trabalho em Rede

***Aprendi muito com o curso, principalmente a trabalhar com a rede de serviços. Assim, o curso me ajudou, a saber, como encaminhar o paciente, e especialmente para encaminhar o paciente ao serviço correto.***

## 6.6 DIFICULDADES PARA APLICAR O CONTEÚDO DO CURSO NA PRÁTICA

Analisaremos a opinião dos participantes em relação às dificuldades que eles têm encontrado, durante os últimos três anos, para por em prática o conteúdo do curso de Especialização em ESF. Não há dúvida de que os participantes reclamam do fato de que nem tudo que aprenderam conseguem aplicar no cotidiano do serviço. E mais, que estão aptos e gostariam de fazê-lo, mas que de

uma forma ou de outra as injunções institucionais e organizacionais impedem este fazer. Para uma melhor discussão a respeito deste assunto, agrupamos os relatos em **três categorias temáticas, a exigência de produtividade, a formação de base biomédica tradicional e a distância entre o cotidiano das Unidades de Saúde e os princípios que regem a estratégia.**

### **6.6.1 A exigência de produtividade**

Com intuito de aprofundarmos as discussões, iniciaremos com a informação mais frequente relatada pelos participantes da pesquisa, referente à implantação da agenda eletrônica. Muitos profissionais afirmaram que esse é o principal fator que dificulta a aplicação do conteúdo do curso de Especialização em ESF na prática, tendo em vista que a gestão informatizada da agenda impõe um determinado ritmo e faz com que a gestão cubra certo número de procedimentos.

*O curso foi muito bom, com a atividade do diagnóstico situacional conhecemos o território e surgiram muitas propostas de trabalhar com promoção da saúde e prevenção de doenças [...]. Quando terminamos o curso em 2011, saímos cheios de novas ideias para executar. **Mas logo no final daquele ano implantaram a agenda eletrônica, e ficou difícil trabalhar, por que a cobrança pela produção nos “engole”, e “engessa” nosso trabalho [...]** é claro, que isso depende diretamente do gestor da unidade.*

*É o diretor da unidade de saúde que abre a agenda eletrônica todo final de mês para o atendimento do mês seguinte. E as vagas acabam no mesmo dia. Assim dificulta planejar as atividades.*

*A agenda eletrônica é aberta e organizada pelo gestor e não pelo profissional que atenderá [...].*

Por meio das falas dos sujeitos, foi possível analisar que os trabalhadores têm dificuldades de desenvolver no dia a dia das unidades o conteúdo do curso de Especialização em ESF, principalmente exercer atividades de promoção de saúde e prevenção de doenças, planejar o trabalho, fazer grupos e estudar os casos, visto que a cobrança pela produtividade é grande, ou seja, existe uma elevada exigência pela quantidade de pacientes atendidos por meio de consultas.



***A agenda eletrônica é feita no computador, que fica na recepção. O gestor que tem controle dela. E pela diretriz cada consulta dura 20 minutos e tem consultas seguidas. De 7h00 as 7h20 é o primeiro paciente e assim sucessivamente. Se houver uma desistência tem uma fila de 30 pessoas para “encaixe”. Não se senta com os profissionais para programar a agenda. E com isso tira a nossa autonomia de programar as ações também [...]. Quando a agenda era no papel havia um maior tempo para reuniões, atividades em grupo e estudo de caso.***

***Com a agenda eletrônica não se consegue fazer ação de prevenção, o atendimento é curativo. E a demanda é cada dia maior [...] além da cobrança em relação à produtividade. Não posso tirar uma semana para fazer ação com a comunidade ou fazer grupos, por que para o gestor não estou produzindo.***

***[...] entrei com muitas expectativas na pós que a UFES promoveu, mas não teve o impacto que desejava, visto que não posso contar com a minha equipe para planejar o trabalho por causa da agenda eletrônica. E serei sozinha de novo, a vida inteira [...] se desejo fazer ação de prevenção e promoção à gestão me propôs ir à unidade aos sábados. Fora do meu horário de trabalho, por que durante a semana tenho que produzir. [...] tenho que esquecer o que aprendi no curso, por que não temos forças e condições de coloca-lo em prática [...].***

Também percebemos nos relatos que os profissionais queixam-se de não terem autonomia para disporem dos horários segundo seu planejamento, pois afirmam que o gestor que detêm autonomia, mesmo que relativa, para organizar os horários das consultas, o tempo de duração, o dia que poderá ser fechada para reunião ou outras atividades necessárias para a realidade das unidades de saúde. É necessário compreender que este recurso técnico – a agenda eletrônica, instrumento utilizado para agendar as consultas nas UBS's do município de Vitória faz parte de um plano maior, uma ação do MS. Com isso, partimos do pressuposto, que o planejamento estratégico realizado pelo MS para os anos de 2008-2011, resultou com a intervenção do registro eletrônico de saúde no Brasil, que tem como base de seus pilares a tecnologia da informação. E dentre suas prioridades para os cidadãos se encontram o acesso aos registros de saúde e a marcação de consultas médicas, esta que se concretiza por meio da agenda eletrônica (ESPÍRITO SANTO, 2008).

Apesar do MS exercer papel indelegável de coordenar o registro eletrônico de saúde, o estabelecimento de um setor institucional de gestão e regulação do

trabalho obedece à concepção política de governo, em que se faz necessário dispor de linhas e diretrizes gerais, que ordenem as relações de trabalho no SUS, em conformidade com as normas jurídicas básicas e com os objetivos e os critérios da política nacional de saúde. Porém, os estados e municípios apresentam autonomia para suprir suas necessidades (ARIAS et al., 2006).

Fica claro que a gestão local tem certa liberdade para dispor da distribuição dos horários, desde que os propósitos se justifiquem. Mas, há que se ressaltar que a autonomia da gestão local, muitas vezes é limitada:

*Eu não sou médica, então pela agenda eletrônica a minha consulta tem duração de 30 minutos. **Mas consegui uma negociação com meu gestor**, para que a minha primeira consulta dure uma hora, desta forma, consigo avaliar direito e fazer encaminhamentos. Preciso encaminhar sempre para o CAPS. Mas consegui esse acordo após muita conversa. **A agenda eletrônica “engessa” a equipe toda [...]**, por que antes quando a agenda era no papel o profissional era livre para “abrir com as próprias mãos”.*

*[...] aqui na minha unidade, por exemplo, **o gestor até permite que façamos algumas coisas. Mas muitas vezes ele também é cobrado**, e tem que cobrar da gente. Por isso acredito que algumas coisas que aprendemos no curso já se perderam.*

*A agenda eletrônica funciona por meio de uma diretriz, mas **cada gestão tem autonomia para fazer algumas alterações** conforme a realidade de sua unidade [...].*

*Tem paciente agendado para se consultar daqui há 2 meses, mas eles não querem esperar tanto tempo [...] devido a demora os paciente desistem [...]. Ao perceber isso fiz uma proposta para o **gestor** da minha unidade, agendar consulta semanalmente, assim reduzirá as desistências, isso diminuiu para 30% as faltas. E deu certo, antes abriam a agenda mensalmente e não havia tempo para discutir o trabalho.*

Pierantoni, Varella e França (2004) sugerem que formas verticalizadas da gerência sejam substituídas por gerência horizontal, com uma diminuição das funções de chefia e a introdução de sistemas mais participativos e abertos de decisões. A “força de trabalho” foi substituída pela “inteligência do trabalhador”, que assumiu posição gerencial e de monitoramento, abdicando da sua posição de “produtor”. É preciso que a gestão do trabalho reconheça as dimensões que

envolveram o trabalho e os trabalhadores em saúde. Para tanto, partiu-se do pressuposto básico, que implicou na definição e no conhecimento da capacidade gestora do trabalho em saúde com o reconhecimento de competências e instâncias de poder visando a um modelo de gestão participativo intergestores das diferentes instâncias de poder. Esse modelo sugere: 1) Mecanismos de gestão na perspectiva da construção social envolvendo novos pactos entre usuários, profissionais e gestores referidos a parâmetros de qualidade, ética e de proteção de trabalhadores e usuários; e 2) Regulação da formação, da qualificação profissional, da educação permanente, do trabalho e do exercício profissional, configurando processos que envolveram o sistema educacional, as corporações e as associações profissionais, o sistema de saúde e a sociedade (PIERANTONI; VARELLA; FRANÇA, 2004).

Nesse contexto, a EPS apresenta-se como uma proposta apropriada para restabelecer a construção desse modo de operar a gestão do trabalho no SUS, pois possibilita a articulação entre a gestão, atenção e formação, com intuito de enfrentar os problemas existentes em cada equipe ou setor de saúde. Segundo Ceccim (2005), para entender e providenciar subsídios para a EPS foi necessário promover integração entre os elementos da concepção problematizadora, da atenção à saúde, da gestão e do controle. Para a ocupação de um lugar ativo da EP por parte dos profissionais, foi necessário adquirir novas habilidades, romper com os modelos hegemônicos, superar as modelagens de serviços centrados em procedimentos para configurar novas produções individuais sendo aqui, apresentadas por Ceccim (2005, p. 167) “Se somos atores ativos das cenas de formação e trabalho, os eventos em cena nos produzem diferença, nos afetam, nos modificam [...]”.

Desse modo, transformar a formação e a gestão do trabalho em saúde não são consideradas questões simplesmente técnicas, já que envolveram mudanças nas relações, nos processos, nos atos de saúde e, principalmente, nas pessoas. São questões tecno-políticas e implicaram na articulação de ações para dentro e para fora das instituições de saúde, na perspectiva de ampliação da qualidade da gestão, do aperfeiçoamento da atenção integral, do domínio do conceito ampliado

de saúde e do fortalecimento do controle social no sistema (CECCIM e FEUERWERKER, 2004).

Assim, consideramos a gestão no cotidiano em saúde como um terreno de possibilidade para a elaboração de estratégia que levem os trabalhadores a utilizarem mecanismos em favor do interesse dos usuários. Apesar das críticas presentes nas falas dos participantes da pesquisa em relação à organização da agenda eletrônica. Alguns profissionais também conseguem visualizar os benefícios da agenda eletrônica enquanto instrumento de marcação de consulta, de acesso ao histórico do paciente, de busca ativa e principalmente da garantia ao acesso dos serviços de saúde:

*[...] mas também tem o lado positivo da agenda eletrônica, existe um **monitoramento do paciente**. Conseguimos visualizar todo atendimento do paciente na rede, se foi ao PA, ao CRAS, podemos ler a evolução, os encaminhamentos, os exames realizados etc. Ter acesso ao histórico do paciente facilitou muito o atendimento [...].*

*Apesar da Secretaria de Saúde ter gastado ao implantar o prontuário eletrônico, também **conseguiu economizar**. Além de ter **ajudado no nosso trabalho**. Agora quando o paciente vem buscar os remédios conseguimos visualizar que o medicamento dele ainda não acabou. Conseguimos fazer busca ativa [...] e ter acesso aos relatórios [...].*

*Agenda eletrônica é o grande vilão, mas também **nosso salvador**. Exemplo disso é o pré-natal, a gestante não sai da consulta sem a próxima estar marcada, isso é bom para a população.*

### 6.6.2 Formação com base no modelo biomédico tradicional

Um dos fatores arrolados como sendo um empecilho para uma maior aplicação dos conteúdos do curso em seu cotidiano de trabalho deve-se ao fato de que grande parte dos profissionais tiveram uma formação acadêmica baseada no modelo biomédico tradicional e encontram obstáculos tanto para compreender o conteúdo proposto pelo curso de Especialização em ESF, quanto para praticá-lo no dia a dia das USF's.

Dessa maneira, iniciamos nossa reflexão a partir do relato de um dos participantes da pesquisa:

*Gostei do curso pelo fato de ter aprendido muitas coisas novas, “aprendi mesmo”, por que para algumas pessoas o conteúdo do curso foi uma revisão, mas para mim não [...]. Apesar da dificuldade que tive de entender alguns conteúdos, prefiro quando tem começo, meio e fim, para mim isso é lógico. Como a minha graduação foi bem técnica, isso me dificulta exercer o conteúdo do curso nas atividades que desenvolvo no dia a dia.*

Esse modelo tradicional de formação baseia-se em uma visão cartesiana de divisão do corpo e da mente, desqualificando assim aspectos psicológicos, sociais e ambientais envolvidos no processo de adoecer. O conhecido relatório Flexner, de 1910, relacionado com tal modelo, até hoje influencia o ensino e a prática, principalmente dos cursos de Medicina e, por extensão, de outras profissões de saúde. Entre outros aspectos, o paradigma flexneriano envolve enfoque na doença, conhecimento médico fragmentado em disciplinas, vinculação das escolas médicas à universidade, hospital como espaço de cura e de ensino, especialização intensiva, mercado de trabalho referido apenas ao consultório (LAMPERT, 2002; PEREZ, 2004).

Em função desse modelo, o indivíduo se reduziu a um organismo biológico (PEREZ, 2004), considerou-se então uma visão fragmentada e distanciada do ser humano. Além disso, é evidente, na maioria dos casos o inadequado preparo dos profissionais de saúde para o exercício das suas funções e a incapacidade de se atender às reais necessidades da população (ARAÚJO, 2005).

Nesse contexto, cursos que ocorrem após a graduação e principalmente aqueles que agregam profissionais de um mesmo serviço, são ainda necessários para que haja alteração da prática, para além da formação técnica. Pois esta formação técnica por vezes dificulta ao profissional compreender e atender as demandas da ESF.

*Quando comecei a trabalhar na ESF me questionava sempre, será que isso é meu dever? Por que as demandas são tantas que com a minha formação não fazia ideia como intervir [...].*

As críticas ao modelo hegemônico de formação das profissões de saúde geraram movimentos organizados que culminaram na organização das diretrizes curriculares nacionais, direcionadas para os cursos de graduação da saúde. Representaram uma tentativa de se romper com um modelo tradicional de formação biologicista e introduzir o paradigma da integralidade (ARAÚJO; MIRANDA; BRASIL, 2007).

De forma geral, o currículo representa um plano pedagógico e institucional que orienta a aprendizagem dos alunos de forma sistemática. O chamado currículo integrado, que articulou dinamicamente trabalho e ensino, prática e teoria, ensino e comunidade, de modo que representasse uma possibilidade adequada para a formação em saúde (DAVINI, 1983).

Essa proposta de reorganização dos currículos, principalmente na formação para a área da saúde deveria ser orientada em formar profissionais para o SUS, entretanto tem se mostrado alheia à necessidade de se promover uma educação baseada nos seus princípios e diretrizes, perpetuando o modelo hegemônico de formação (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Por isso mesmo, cabe ao SUS ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde, mas tal tarefa constitui ainda um desafio, visto que as características das instituições de ensino e o seu significativo distanciamento do sistema público de saúde. Assim, como ressaltaram Ceccim e Feuerwerker (2004) tornou-se urgente uma reforma de educação que possibilite aproximação entre ensino e trabalho em saúde.

A mobilização do setor da saúde para a definição das diretrizes curriculares nacionais correspondeu à preocupação com a consolidação do SUS, mas também correspondeu ao esforço intelectual de romper definitivamente com o paradigma biologicista e medicalizante, hospitalocêntrico e procedimento-centrado, atendendo aos novos desafios da contemporaneidade na produção de conhecimentos e na produção das profissões, tendo em vista a relevância social das instituições formadoras e sua capacidade de dar resposta às necessidades e

direitos da população e viabilizar a melhor formação inicial para a absorção dos profissionais no sistema de saúde (ARAÚJO; MIRANDA; BRASIL, 2007).

O movimento de mudanças da educação dos profissionais de saúde, as diretrizes curriculares nacionais e as diretrizes do SUS colocaram como perspectiva a existência de instituições formadoras com relevância social; o que quer dizer escolas capazes de formar profissionais de qualidade, conectados às necessidades de saúde; escolas comprometidas com a construção do SUS, capazes de produzir conhecimento relevante para a realidade de saúde em suas diferentes áreas, participantes ativos do processo de EP dos profissionais de saúde e prestadoras de serviços relevantes e de boa qualidade (FEUERWERKER, 2002).

O curso de Especialização em ESF promovido pela UFES em parceria com a SEMUS pode ser considerado como um movimento de mudança, visto que estava articulado com a PNEPS e a realidade das USF' s juntamente com a necessidade de saúde da população local. Tal curso foi desenvolvido com o propósito de desencadear novas práticas de trabalho, ou seja, promover mudanças.

A partir da fala do participante do estudo, percebemos que apesar das dificuldades devidas à sua formação técnica o profissional conseguiu vivenciar essa alteração na prática:

*[...] a minha formação é bem técnica baseada principalmente em procedimentos. Para você ter ideia eu não sabia nem o que era SUS quando eu comecei a trabalhar na Unidade de Saúde. Essa era a minha maior dificuldade. Essa Especialização me ajudou a relacionar a minha técnica com a prática, pois conheci a legislação e agora tenho respaldo em meu trabalho. Mas é um desafio por que a demanda espontânea é bem diversificada e eu não estudei para isso [...].*

Apesar do SUS ter ampliado o acesso da população aos serviços de saúde e ter conferido o direito de participar das decisões políticas, ele enfrentou inúmeros desafios para implementar seus princípios. Entre eles, destacou-se a persistência das práticas de saúde influenciadas pelo desenho tecno-assistencial privatista, o qual dificulta a incorporação da reflexão, da problematização, do trabalho em

equipe e da integralidade nas práticas, na organização e na gestão dos serviços de saúde (MERHY; FEUERWERKER; CECCIM, 2006).

O desenho tecno-assistencial refere-se à forma como as ações do processo saúde-doença estão organizadas. O desenho médico-assistencial privatista privilegia a assistência hospitalar focada no indivíduo e na cura das doenças, não priorizando as ações de prevenção e promoção à saúde (BRASIL, 2005a).

Já o desenho biomédico recebeu significativo apoio econômico, pois havia interesse por parte dos capitalistas que as tensões sociais fossem amenizadas. Todavia, essas ações de saúde não tinham a preocupação de averiguar as causas de adoecimento, mas de recuperar e manter a força de trabalho para não interferir no progresso capitalista. Por essa lógica, a concepção de saúde é baseada na ausência de doenças e não no acesso das pessoas aos serviços de saúde, educação, alimentação, renda, saneamento básico, transporte e lazer (BRASIL, 2005a).

O MS afirma que a saúde possui um aspecto singular, uma vez que está baseada na capacidade de superação de cada sujeito lidar com novas situações e com as adversidades, considerando, é claro, sua inserção em um contexto. Com isso, ter saúde torna-se subjetivo, uma vez que a capacidade de superar situações adversas é distinta entre as pessoas. Portanto, o processo saúde-doença é específico para cada indivíduo; ele assume diferentes significados na vida dos sujeitos. Diante disso, a saúde como experiência subjetiva não pode ser medida unicamente por meio de aparelhos e equipamentos, mas também pela expressão do sujeito que a vivencia (BRASIL, 2005a).

Contrariando esses ideais, o desenho biomédico valoriza o cenário hospitalar; superestima a utilização de máquinas e equipamentos como se esses fossem os únicos meios capazes de diagnosticar e tratar uma doença. E quando as práticas de saúde baseiam-se unicamente no reconhecimento e na eliminação do agente que provoca o adoecimento, a pessoa passa a representar somente o portador da



doença, sendo excluída como sujeito para não interferir na objetividade da ciência (BRASIL, 2005b).

Com isso, podemos afirmar que, ao rejeitar a subjetividade do indivíduo, isto é, sua história de vida, condição social, cultura, crenças, valores e saberes, os profissionais não conseguem perceber as reais necessidades de saúde, contribuindo para intervenções pouco efetivas. O relato do profissional expressa o distanciamento entre a técnica profissional e a subjetividade:

*[...] foi difícil entender alguns conteúdos do curso devido a **minha formação ser técnica**. Por isso **tive muitas barreiras com o subjetivo** e principalmente de demonstrar meus sentimentos e minhas emoções. Prefiro algo mais direto com introdução, metodologia, objetivo etc. Não consigo colocar meus sentimentos na vivência. E por isso acredito também ter dificuldade em considerar a subjetividade dos usuários.*

No modelo hegemônico, a subjetividade do profissional também é pouco valorizada no processo de trabalho. No entanto, as atitudes e decisões dos profissionais de saúde, por mais objetivas que seja, não são desprovidas de sentimentos. Apesar da cientificidade da medicina, a prática de saúde mobiliza sentimentos e emoções, e para que tais elementos não sejam obstáculos durante a produção de cuidado é preciso que profissionais e usuários estejam abertos à subjetividade (BRASIL, 2005b).

Não considerar a subjetividade seria como realizar um atendimento absolutamente frio e racional. A fragmentação do cuidado, além de não dar conta de solucionar as necessidades de saúde das pessoas, provoca no profissional desinteresse, falta de compromisso e a não responsabilização por suas ações, uma vez que ele não consegue se visualizar nesse processo, bem como visualizar o produto do seu trabalho, tornando o trabalho mecanizado (BRASIL, 2005a).

Diante do desenho hegemônico percebe-se a dificuldade de se implementar os princípios do SUS, que é importante para a transformação das práticas de saúde. E talvez seja mesmo por isso que Ceccim (2005) reforça a demanda de mudança ao afirmar que: problemas como a baixa disponibilidade de profissionais,

distribuição irregular com grande concentração em centros urbanos e regiões mais desenvolvidas, a crescente especialização e suas consequências sobre os custos econômicos e a dependência de tecnologia mais sofisticada, o predomínio da formação hospitalar centrada nos aspectos biológicos e tecnológicos da assistência demandam ambiciosas iniciativas de transformação de trabalhadores e afirma que há necessidade de elaborar políticas de saúde com proposta contra-hegemônica.

Com isso, afirmamos o quanto importante foi o curso de Especialização em ESF ter tido uma abordagem subjetiva. Franco (2007) exemplificou como os processos de subjetivação podem ser verificados nas práticas cotidianas dos serviços de saúde. Para melhor compreender imaginemos um profissional fazendo uma anamnese e utilizando, para isso, um roteiro pré-organizado pela direção do estabelecimento de saúde. Ele pode fazer a anamnese em pouco tempo, de forma burocrática, dando pouco espaço para os atos de escuta e fala, centrando sua atividade no roteiro previamente estruturado. De outra forma, pode fazê-lo tendo o roteiro como guia, mas interagindo com o usuário, permitindo um espaço comum de trocas.

Diante do exposto, percebemos que a abertura à subjetividade durante a prática do trabalho em saúde, torna-se essencial, sobretudo porque compreendem-se melhor as necessidades de saúde presentes no sujeito. E que a forma e os conteúdos do curso parecem ter, ainda que de forma incipiente, tratado destas questões.

### **6.6.3 Distância entre a prática e os princípios da estratégia saúde da família**

Outro motivo alegado como dificuldade em aplicar os conteúdos trabalhados no curso na prática do dia a dia diz respeito à distância percebida por eles entre os reais princípios e diretrizes da Estratégia Saúde da Família que foram exaustivamente discutidos durante o curso, e aquilo que lhes é exigido no

cotidiano. Assim, relatam a distância entre a sua prática diária e os princípios da ESF.

Em muitos momentos do GF, expressaram a dificuldade para cumprir os princípios da ESF.

***A agenda eletrônica não combina com ESF, por que com a agenda se trabalha com a medicina curativa. Não se trabalha com a prevenção e promoção [...].***

***Com a agenda eletrônica não temos tempo para discutir caso, que é muito importante para a ESF, marcamos visita para pacientes que precisam, ou seja, pacientes doentes, acamados e pessoas restritas ao leito e após a visita precisamos fazer estudo de caso [...]. E com essa organização do serviço de consultar de 20 em 20 minutos, não se consegue pensar, refletir e planejar nada, muito menos ter ações de promoção e prevenção, por que para isso, precisamos bloquear a agenda. E hoje trabalhamos com medicina curativa. Temos que “apagar incêndio” o tempo todo.***

Com intuito de nos aprofundarmos na discussão sobre o distanciamento entre prática e teoria. Abordaremos um breve contexto da ABS.

Para viabilizar o fortalecimento da ABS foi publicada em 2006 a portaria de nº. 648 intitulada Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Para a PNAB a ABS, tem como fundamentos:

I - possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, com território adstrito de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada, e em consonância com o princípio da equidade;

II - efetivar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe, e coordenação do cuidado na rede de serviços;

III - desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado;

IV - valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação;

V - realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e programação;

VI - estimular a participação popular e o controle social (BRASIL, 2006c, p. 11).

Essa portaria atribuiu aos municípios a responsabilidade de organização da ABS em seu território e podem optar por organizar a porta de entrada ao sistema de saúde se utilizando da ESF, cuja proposta é promover, segundo o MS, a reorientação das práticas e ações de saúde de forma integral e contínua levando-as para mais perto da família, objetivando influenciar na qualidade de vida e de saúde da população (BRASIL, 2006c).

Os participantes relatam sua frustração ao perceber que não conseguem seguir os princípios da ESF por completo e um deles expressa seu desejo em realizar um trabalho que considerasse a família por inteiro:

*[...] por um lado é frustrante pensar o que aprendi na Especialização e o que não consigo praticar. Além do fator externo, também tem os internos, como a cobrança em relação à produtividade na Unidade de Saúde, por exemplo, entrou uma médica lá no meu território com ótimas ideias de trabalho para mudar a realidade da população, e é uma boa profissional, mas exigiram que consultasse de 20 em 20 minutos, desse jeito não dá para fazer um bom trabalho.*

*[...] eu fico muito frustrada com tudo isso [...] certos temas não podemos abordar no território devido ao risco que corremos. [...] por exemplo o assunto sobre drogas, isso é uma dificuldade com a comunidade, que considero fator externo. E também tem os limites internos como a cobrança pela alta produtividade.*

*[...] sou da ESF há anos, mas não conseguimos mudar muita coisa na odontologia. Por exemplo, [...] nunca atendi a família, atendo uma pessoa de determinada família. Isso é ruim por que para compreender certos problemas precisava conhecer a história da família. E nós temos esse desejo. Desejamos aplicar alguns projetos, mas a comunidade é muito carente, é 100% SUS dependente, tanto na parte médica quanto odontológica. Por isso é difícil mudar um perfil. Até ações curativas são difíceis, por que são poucos profissionais dentistas para uma enorme demanda. São 2 profissionais para 12 mil habitantes. Trabalhamos muito e não conseguimos visualizar o trabalho concluído.*

*[...] temos que fazer muitos atendimentos, e passamos o dia com extração de dentes, limpeza, obturação etc. [...] e o final do dia chega [...].*

Apontam ainda obstáculos organizacionais para realizar uma escuta qualificada preconizada pelo curso, visto que precisam cumprir a exigência da produção. Como a escuta se trata de uma competência subjetiva, não é possível quantificá-la e desta forma, não conseguem atingir as metas que lhes garantiriam um incentivo pela produção.

*[...] junto com a agenda eletrônica tem uma política de pagamento de incentivo de produção, isso é inapropriado para a saúde da família. Não tem cabimento a ESF ser pactuada com produção, está igual a fábrica. E como fica a inserção do indivíduo na comunidade e na família? E essa vida complexa, cheia de problemas, as vezes, a pessoa procura a unidade, mas não tem nenhuma doença, é outro problema, **quer apenas alguém para escutá-la chorar e desabafar** por que o filho foi preso, e temos 20 minutos para , isso é horrível, temos que informar ao usuário que **podemos escutá-los apenas durante 20 minutos**. E os profissionais não sabem o que fazer quando isso ocorre. “Ficam no fogo cruzado”. Essa agenda eletrônica tem que ser repensada. [...] não estamos fazendo saúde da família.*

Viegas (2010) ressalta que a escuta e o convívio dos usuários com as equipes mostram o quanto atitudes solidárias como estas são importantes, principalmente em momentos de sofrimento, lutos e perdas. O fazer saúde não se limita aos procedimentos técnicos e por isso, compreendemos esses fatores como pilares de um serviço voltado para uma assistência humanizada, pautada em elementos que se interligam e fazem construir e promover o cuidado em saúde.

Neste sentido, Seclen-Palacin (2004) destaca que a ESF é uma estratégia inovadora e reestruturadora das ações e serviços de saúde, ao transpor a visão fragmentada do ser humano com foco na doença para uma compreensão integral na dimensão individual, familiar e coletiva, ou seja, o resgate da prática generalista, onde a compreensão do processo saúde-doença a que estão expostos os indivíduos passa a ser pensado de forma mais ampla, segundo a realidade local, comunitária e familiar.

Na reorganização dessas práticas de trabalho, se faz necessário substituir o modelo bio-médico hegemônico. Para isso, o núcleo familiar é um espaço concreto de atuação da equipe de saúde. Segundo Machado e Bastos (2012) para as famílias, o fato de “irem até as casas, estarem juntos, vendo, acompanhando, orientando, assistindo, conversando e atendendo” (p.21) representa o caminhar do processo de trabalho e se relaciona com a dinâmica de funcionamento do serviço. Romano, Silva e Dalbello-Araujo (2012) afirmaram que isso significa mais do que instituir novas formas de cuidado à saúde, é preciso que os atores envolvidos estejam engajados e atuem conforme os princípios e diretrizes estabelecidas pela ESF, pois são os atores que constroem as relações de cuidado no interior dos serviços de saúde.

Nesses espaços de atuação da equipe da ESF, o vínculo é muito forte, consolidado pelos laços entre as equipes e os usuários, onde a população tem como referência a ESF. Para estreitar esses vínculos é necessário que os profissionais tenham um olhar sensível, capaz de reconhecer a vivência dos usuários, o conhecimento das histórias de vida e a sua maneira de viver. As pessoas sempre que possível devem ser tratadas pelo nome, o fato desses profissionais conhecerem o ambiente e as relações de vida dessas pessoas também contempla a prática do acolhimento.

*Para a ESF dar certo depende do perfil do profissional, por que cada um faz o que acredita. O paciente precisa ser acompanhado por uma única equipe, que já tem laços [...] e se ficar trocando não consegue aderir o tratamento [...] **com rodízios de profissionais não se cria vínculos, por isso a ESF tem equipe de referência.***

*Agora lá na unidade estamos enfrentando uma questão muito séria, o tráfico. [...] está muito tenso. Quando estudamos em 2010, havia tráfico, mas parece que a convivência entre os profissionais da saúde e a comunidade era mais pacífica. Mas hoje os profissionais estão com muito medo de ir trabalhar, por que tem tiroteio quase todos os dias [...]. **Como o meu TCC foi sobre as drogas não posso realizar nenhum tipo de trabalho sobre esse assunto lá na Unidade, visto que corro risco de vida [...].***

Percebemos que as equipes da ESF têm clareza de sua atribuição como promotoras da ação de saúde. Entretanto, mesmo que os conteúdos do curso

tenham se voltado também para aspectos subjetivos e sociais que permeiam o processo saúde doença, enfrentam no cotidiano exigências pautadas no modelo biomédico tradicional como a exigência de produção por procedimentos e a restrição em pensar a saúde apenas como ausência de doenças de caráter biológico.

Também se referem ao fato de que a ESF baseia-se nos princípios fundamentais do SUS como a universalização, a descentralização, a integralidade e a participação da comunidade, atuando através da vinculação dos usuários a partir de um cadastramento feito pelas equipes de saúde (BRASIL, 2006c). Entretanto, mesmo que percebam a importância da articulação e participação da comunidade nos serviços de saúde não parecem dedicar muito tempo para tal articulação visto as mesmas exigências.

Sabem também e sentem na pele a fragilidade do sistema como um todo no que diz respeito aos demais níveis de atenção necessários.

Desta forma, os conteúdos de formação profissional devem priorizar as áreas de estratégicas da ABS, que é de responsabilidade conjunta das secretarias municipais e estaduais de saúde. Pela discussão do GF parece-nos que tal curso mostrou trazer impacto na prática dos trabalhadores.

***Sem dúvida depois que concluí a especialização em ESF mudei a minha conduta como profissional de saúde [...]. Agora tenho maior interação com as agentes, assim também tenho mais contato com o paciente, procuro as agentes para conhecer o histórico deles e saber se o que prescreverei para tratamento tem condições do paciente cumprir em casa. Aprendi que preciso considerar a situação familiar do paciente. Isso foi um dos pontos positivos do curso para mim. Mas existem limites, como por exemplo, o fato de não conseguir fazer visita domiciliar [...]. Por que o indivíduo que senta em minha cadeira precisa da família para os cuidados de sua higiene oral, e eu tenho que saber se essa família tem suporte. Se não nada adianta no tratamento [...].***

***Com a participação da comunidade na organização do trabalho, ela conhece o serviço e assim aumenta a procura [...]. Até quem tem plano de saúde vem buscar o nosso atendimento. Primeiro por que o plano não cobre todos os exames e nem fornece remédios. E segundo, que eu já escutei dos próprios usuários, que têm profissionais aqui, que vale a pena vir se consultar com eles. No SUS é atendimento é completo***

*[...] o paciente é atendido, sai com a receita na mão, passa na farmácia e pega o remédio na hora.*

Porém, parece que seria necessário que a população também tivesse a oportunidade de discutir tais aspectos para que pudesse colaborar no sentido da promoção da saúde.

*[...] penso que é por isso que a ESF não funciona, o povo não entende o que significa a ESF. O povo exige atendimento na hora e nos pergunta para que o médico vai a minha casa? **E isso tem explicação histórica, consegui compreender na atividade que passaram na pós graduação sobre o diagnóstico situacional**, fizemos uma pesquisa no território e descobrimos que desde quando começaram a construir a Unidade de Saúde da Família o povo queria era um PA (Pronto Atendimento). **O curso me ajudou a compreender por que as pessoas são tão resistentes às ações da ESF e assim saber como intervir [...].***

Entendemos que a mudança de hábitos e práticas sanitárias configura-se na autonomia dos profissionais e dos usuários para guiar tanto sua vida pessoal quanto profissional. O significado disso pode-se relacionar também com as atividades e cursos de educação em saúde, mas não se faz exclusivamente por esse caminho. A alteração da prática se compromete inicialmente com o interesse de cada profissional que recebe também como estímulos a troca de informações e vivências entre os profissionais, os encontros, a construção de relações humanas e o trabalho em equipe.

Com base nos relatos dos sujeitos que participaram da pesquisa a saúde não se resume a técnicas e procedimentos assistenciais, mas está voltada para a magnitude da atenção aos usuários, considerando seus valores e significados de vida.



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O curso de Especialização em ESF, considerado como proposta de intervenção da EPS procurou contribuir para a reflexão e a reconstrução das práticas de saúde, através de modelos de aprendizagem que colaborassem para o desenvolvimento profissional capaz de proporcionar mudanças nos processos de trabalho em saúde.

Podemos considerar que o curso de Especialização atingiu seus objetivos, visto que os profissionais relataram conseguir perceber mudanças em suas práticas, especificamente nos aspectos referentes ao campo da satisfação pessoal, aproximação com a equipe de trabalho, conhecimento de seu papel enquanto profissional da ESF, as trocas de experiências e de conhecimentos, vínculo com outras equipes do sistema de saúde e aprofundamento nos princípios da ESF.

Os trabalhadores também sugeriram pontos a serem alterados, tanto para um próximo curso de especialização em ESF quanto para especializações com outros temas. Dentre as sugestões, relataram especialmente, prazo maior para entrega das atividades avaliativas e programá-las para serem executadas em sala de aula. Além de elaborar um cronograma para o curso com carga horária que não sobrecarregue os profissionais.

Por outro lado, existem as dificuldades para aplicar o conteúdo do curso no cotidiano. Os profissionais reclamam do fato de que nem tudo que aprenderam conseguem aplicar no serviço. E mais, que estão aptos e gostariam de fazê-lo, mas que a própria organização do trabalho os impedem de aplicar o conteúdo.

Entretanto, o fato de terem surgido algumas críticas não significa que o curso não conseguiu atingir seus propósitos, uma vez que as contribuições relatadas pelos profissionais permitiram constatar a relevância do curso para que esses pudessem incorporar novos papéis sociais e profissionais, novas formas de organização do trabalho, de habilidades e de conhecimentos.

Por meio da realização do curso, os sujeitos tiveram a possibilidade de olhar para a própria prática de trabalho, o que os tornaram mais seguros para desejarem rever e alterar sua prática conforme os princípios da ESF, além de contribuir para a consolidação do SUS.

## REFERÊNCIAS

- AFONSO, M. L. M.; SILVA, M. V.; ABADE, F. L. O processo grupal e a educação de jovens e adultos. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 14, n. 4, p. 707-715, out./dez., 2009.
- ARAÚJO, D.G.B. **Contribuição para a humanização da educação médica: o diário de campo como instrumento de avaliação qualitativa**. 2005. 183 f. Dissertação (Mestrado em Medicina e Saúde) - Universidade Federal da Bahia, 2005.
- ARAÚJO, D.; MIRANDA, M. C. G.; BRASIL, S. L. Formação de profissionais de saúde na perspectiva da integralidade. **Rev. Baiana de Saúde Pública**, v. 31, Supl.1, p.20-31, jun. 2007.
- ARAUJO, M. B. S.; ROCHA, P. M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 455-464, 2007.
- ARAUJO, M.B.S.; ROCHA, P. M. Saúde da família: mudando práticas? Estudo de caso no município de Natal (RN). **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 14, supl.1, p. 1439-1452, 2009.
- ARIAS, E. H. L. et al. Gestão do trabalho no SUS. In: CAMPOS, E. F.; MACHADO, M.R.; PIERANTONI, C. R. (Org.). **Cadernos de RH Saúde: III Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde**, v. 3, n 1, p. 119-124, 2006.
- AROUCA, L. S. O Discurso sobre a educação permanente (1960-1983). **Proposições**, Campinas, SP, v. 7, n. 2, p. 65-78, jul. 1996. Disponível em:<[www.proposicoes.fe.unicamp.br/~proposicoes/textos/20\\_artigo\\_aroucas.pdf](http://www.proposicoes.fe.unicamp.br/~proposicoes/textos/20_artigo_aroucas.pdf)>. Acesso em: 25 set. 2013.
- AZOURY, E. B. **Curso básico em saúde da família: a construção de um projeto local para requalificação profissional no Espírito Santo**. 2003. 205f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003.

BACKES, V. M. S. et al. Competência dos enfermeiros em problematizar a realidade do serviço de saúde no contexto do Sistema Único de Saúde. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 16, n. 4, p. 727-36, out/dez. 2007.

BARBOSA, A. A. A. **A educação permanente em saúde sob a ótica de cirurgiões dentistas**. 2009. 85f. Dissertação (Mestrado em Odontologia) - Programa de Pós-Graduação em Odontologia Preventiva e Social, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2009.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. **I Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde**: relatório final. Brasília: Secretaria de Recursos Humanos/Ministério da Saúde, 1986.

\_\_\_\_\_. Constituição (1988). **Constituição [da] República Federativa do Brasil**. Brasília: Congresso Nacional, 1988. Disponível em: <[www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao.htm)>. Acesso em: 13 nov. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia prático do programa de saúde da família**. Brasília: Ministério Saúde, 2001. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/guiapraticosaudefamiliapsf1.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. **Regionalização da assistência à saúde**: aprofundando a descentralização com equidade no acesso - Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02 e Portaria MS/GM n.º 373, de 27 de fevereiro de 2002 e regulamentação. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/caderno%20NOAS%2002.pdf>>. Acesso em: 22 nov. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS**: caminhos para a educação permanente em saúde - Pólos de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HUMANIZASUS: ambiência**. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Curso de facilitadores de Educação Permanente em Saúde**: unidade de aprendizagem - análise do contexto da gestão e das práticas de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Curso de formação de facilitadores de Educação Permanente em Saúde**: unidade de aprendizagem – Integradora. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº. 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o pacto pela saúde 2006-Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais. **Diário Oficial da União**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399\\_22022006.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22022006.html)>. Acesso em: 22 nov. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº. 699, de 30 de março de 2006**. Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão. Diário Oficial da União 2006b. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-699.htm>>. Acesso em: 22 nov. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria GM/MS nº. 648, de 28 de março de 2006**. Política nacional de atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c. Disponível em: <[www.saude.ba.gov.br/imagens/Arquivos/Saude\\_bucal/Portaria\\_648\\_politica\\_nacional\\_atencao\\_basica.pdf](http://www.saude.ba.gov.br/imagens/Arquivos/Saude_bucal/Portaria_648_politica_nacional_atencao_basica.pdf)>. Acesso em: 16 dez. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº. 1996, 22 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. **Diário Oficial da União**. Brasília/DF, 22 ago. 2007, Seção 1, p. 34-38.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRAVIN, F. P. **Política e ação pública**: análise da política nacional de educação permanente em saúde. 2008. 129f. Dissertação (Mestrado em Política Social) - Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília, 2008.

CAMPOS, F. E. et al. Os desafios atuais para a Educação Permanente no SUS. **Cadernos RH Saúde**, Brasília, v. 3, n. 1, mar. 2006, p. 41-53.

CAPOZZOLO, A. A. et al. Cenário Estado do Espírito Santo. In: MISHIMA, S. (Org.). **Avaliação das experiências de educação permanente em saúde desencadeadas a partir da formação a distância de tutores e facilitadores em todas as regiões do Brasil**. São Paulo: EERB/USP, 2009. p. 69-86.

CAVALCANTI, F. O. L. **Democracia no SUS e na reforma sanitária é possível?** Um debate a partir da experiência da política nacional de educação permanente em saúde (janeiro de 2003 a julho de 2005). 2010. 168f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, 2010.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 10, n. 4, p. 975-986, 2005.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Educação em Saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. **Trab. Educ. Saúde**, v. 6, n. 3, p. 443-456, nov. 2008/fev.2009.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A (Org.) **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/ABRASCO, 2001. p. 113-126.

CRUZ NETO, O. **Grupos focais e pesquisa social**: o debate orientado como técnica de investigação. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2001.

DALBELLO-ARAUJO, M. Comunidade ampliada de pesquisa. In: ROSA, E. M.; SOUZA, L.; AVELAR, L. (Org.). **Psicologia social**: temas em debate. Vitória: ABRAPSO/ ES, 2008. p.109 -126.

DAVINI, M. C. **Currículo integrado**. Brasília: Opas, 1983. Disponível em: <[www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos\\_apoio/pub04U2T8.pdf](http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos_apoio/pub04U2T8.pdf)>. Acesso em: 4 dez. 2011.

DAVINI, M. C. **Enfoques, problemas e perspectivas na educação permanente dos recursos humanos de saúde**: política nacional de educação permanente em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. V. 9, Série Pactos pela Saúde. Disponível em: <[www.aids.gov.br/sites/default/files/16politicanacionaleps.pdf](http://www.aids.gov.br/sites/default/files/16politicanacionaleps.pdf)>. Acesso em: 1 out. 2014.

DIMENSTEIN, M.; SANTOS, Y. F. Compromisso com o SUS entre as profissões de saúde na rede básica de Natal. In: BORGES, L. O. (Org.). **Os profissionais de saúde e seu trabalho**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005, p. 91-108.

SCOREL, S. (Coord.). **Saúde da Família: avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos**: síntese dos principais resultados. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <[http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/avaliacao\\_implementacao.pdf](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/avaliacao_implementacao.pdf)>. Acesso em: 4 out. 2014.

ESPÍRITO SANTO. Estado. **Plano Estadual de Saúde 2008-2011**. Vitória: Secretaria do Estado da Saúde do Espírito Santo, 2008. Disponível em: <[www.saude.es.gov.br/Download/plano\\_estadual\\_2008\\_2011.pdf](http://www.saude.es.gov.br/Download/plano_estadual_2008_2011.pdf)>. Acesso em: 30 nov. 2011.

FEUERWERKER, L. C. M. **Além do discurso da mudança na educação médica**: processos e resultados. São Paulo: Hucitec, 2002.

FIOCRUZ. **Análise da política de educação permanente em saúde**: um estudo exploratório de projetos aprovados pelo Ministério da Saúde - Relatório Final. 2006. Disponível em: <[www.observarh.Org.br/observarh/repertorio/Repertorio](http://www.observarh.Org.br/observarh/repertorio/Repertorio)>

[ObservaRH/EPSJV-FIOCRUZ/Analisepolitica edupermanente.pdf](#)>. Acesso em: 20 ago. 2014.

FORMENTON, Y. F. **Educação permanente em saúde**: representações sociais de enfermeiros da saúde da família. 2013. 122f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de São Carlos, São Paulo, 2013.

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.

FRANCO, T. B. Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do sistema de saúde no Brasil. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, São Paulo, n. 23, . p. 427-438, set./dez. 2007.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários as práticas educativas. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

GIL, C. R. R. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 21, v. 2, p. 490-498, mar./abr. 2005.

HADDAD A. E. et al. Política Nacional de Educação na Saúde. **Rev. Baiana de Saúde Pública**, v. 32 , supl. 1, p.98-114, 2008.

ITTAVO, J. **Inserção de enfermeiros recém-graduados, admitidos em área hospitalar**: um programa de educação conscientizadora. 1997. 181f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão, Universidade de São Paulo, Ribeiro Preto, 1997.

KRAMER, S. Propostas pedagógicas ou curriculares: subsídios para uma leitura crítica. **Educação e Sociedade**, v. 18, n. 60, p.15-35, 1997.

KUSCHNIR, R. et al. Configuração da rede regionalizada e hierarquizada de atenção à saúde no âmbito do SUS. In: GONDIM, R.; GRABOIS, V.; MENDES, W. (Org.). **Qualificação de gestores do SUS**. Rio de Janeiro: ENSP, 2011. p. 121-51.



LAMPERT, J. B. **Tendências de mudanças na formação médica no Brasil**. 2002. 219f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2002.

LAMPERT, E. Educação permanente: limites e possibilidades no contexto da América Latina e Caribe. **Rev. Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal de Santa Catarina**, UDESC, v. 6, n. 1, p. 1-13, 2005.

LINO, M. M. et al. Educação permanente dos serviços públicos de saúde de Florianópolis, Santa Catarina. **Trab. Educ. Saúde**, v. 7, n.1, p.115-36, mar./jun. 2009.

LOPES, S. R. S. et al. Potencialidades para a Educação Permanente para a Transformação das Práticas em Saúde. **Com. Ciências Saúde**, v. 18, n. 2, p.147-155, 2007.

MACHADO, T. M.; BASTOS, M. A. R. O significado da estratégia saúde da família. In: CRUZ, S. C. S.; WERNER, R. C. D.; DALBELLO-ARAUJO, M. (Org.). **Saúde pública em Vitória: vários olhares**. Vitória: Ed. Aquarius, 2012. p. 15-27.

MACIEL, E. L. N. et al. Avaliação dos egressos do curso de especialização em Saúde da Família no Espírito Santo, Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 15, n. 4, p. 2021-2028, 2010.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca dos valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRASCO, 2001. p. 39-64.

MATTOS, R. A. Integralidade e a formulação de políticas específicas de saúde. In: \_\_\_\_\_. **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas de saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ ABRASCO, 2003. p. 45-59.

MENDONÇA, F. F. et al. Avaliação de tutores e facilitadores sobre o processo de formação de facilitadores de educação permanente em saúde no Município de Londrina, Paraná. **Ciênc. Saúde Coletiva**. V. 15, n. 5, p. 2593-2602, 2010.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M.; CECCIM, R. B. Educación Permanente en Salud: una estrategia para intervenir en la micropolítica del trabajo en salud. **Salud Colectiva**, Buenos Aires, v. 2, n. 2, p. 147-160, may./agosto, 2006.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MORAES, K. G. **Análise do processo de implementação da política de educação permanente em saúde no Distrito Federal**. 2012. 142f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade de Brasília, Brasília, 2012.

MOTTA, J. I. J. **Educação permanente em saúde**: da política do consenso à construção do dissenso. 1998. 225f. Dissertação (Mestrado em Educação em Saúde) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1998.

MOTTA, J. I. J.; BUSS, P.; NUNES, T. C. M. Novos desafios educacionais para a formação de recursos humanos em saúde. **Olho Mágico**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, set./dez., 2001.

NEVES, L. M. W. A política educacional brasileira na “Sociedade do conhecimento”. In: LIMA, J. C. F.; MATTA, G. C. (Org.). **Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 355- 418.

NICOLETTO, S. C. S. et al. Pólos de educação permanente em saúde: uma análise da vivência dos atores sociais no Norte do Paraná. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v. 13, n. 30, p. 209-219, jul./set. 2009.

NÚCLEO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA. **Apostila**. Vitória: Centro de Ciências da Saúde/Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva/Universidade Federal do Espírito Santo, 2007.

PAIM, J. S.; NUNES, T. C. M. Contribuições para um programa de educação continuada em saúde coletiva. **Cad. Saúde Públ.**, v. 8, n. 3, p. 262-269, 1992.

PASCHOAL, A. S.; MANTOVANI, M. F.; LACERDA, M. R. A educação permanente em enfermagem: subsídios para a prática profissional. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 27, n. 3, p.336-43, set. 2006.

PASSAMANI, J. D.; SILVA, M. Z.; DALBELLO-ARAUJO, M. Estratégia de saúde da família: o acesso em um território de classe média. **UFES Rev. Odontol.**, v. 10, n. 2, p. 37-45, 2008.

PEIXOTO-PINTO, E. E. et al. Desdobramento da educação permanente em saúde no Município de Vitória/ES. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 8, n.1, p. 77-96, mar./jun., 2010.

PEREIRA, R. O. **O pólo de educação permanente em saúde e as interfaces da política de educação permanente para o SUS no Estado**. 2012, 117f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2012.

PEREZ, E. P. A propósito da educação médica. **Rev. Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 4, n.1, p. 9-13, 2004.

PIERANTONI, C.; VARELLA, T.; FRANÇA, T. Recursos humanos e gestão do trabalho em saúde: da teoria para a prática. In: BARROS, A. F. R. et al (Org.). **Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análises**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. v. 2, p. 51-70.

PINHEIRO, R.; LUZ, M. T. Práticas eficazes x modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS R. A. (Org.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas de saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRASCO, 2003. p. 7-34.

QUINTANA, P. B.; ROSCHKE, M. A. C.; RIBEIRO, E. C. O. Educación permanente, proceso de trabajo y calidad de servicio em salud. In: HADDAD J. Q.; ROSCHKE, M. A.C.; DAVINI, M. C (Org.). **Educación Permanente de personal de salud**. OPAS. Série de Desarrollo de Recursos Humanos. Washington, DC, n. 100, p.33-36, 1994.

QUINTELA, F. C. A. **Concepções de Educação permanente em saúde difundidas por gestores**. 2014. 74f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) –

Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2014.

RIBEIRO, E. C. O. ; MOTTA, J. I. J. Educação Permanente como Estratégia na Reorganização dos Serviços de Saúde. **Divulgação em Saúde para Debate**, n. 12, p. 24-30, 1996.

ROMANO, J. D. P.; SILVA, M. Z.; DALBELLO-ARAUJO, M. Organização dos serviços e produção de cuidados: construindo práticas na estratégia saúde da família. In: CRUZ, S. C. S.; WERNER, R.C.D.; DALBELLO-ARAUJO, M. (Org.). **Saúde pública em Vitória: vários olhares**. Vitória: Ed. Aquarius. 2012. p. 63-77.

SALUM, N.C. **A educação permanente e suas contribuições na constituição do profissional e nas transformações do cuidado de enfermagem**. 2007. 319f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina, 2007.

SALUM, N. C.; PRADO, M. L. A educação permanente no desenvolvimento de competências dos profissionais de enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 23, n. 2, abr./jun. p. 301-8, 2014.

SECLLEN-PALACIN, J. A. Enfoque da saúde da família e seu potencial de contribuição no alcance dos objetivos de desenvolvimento do milênio. In: FERNANDES, A.S.; SECLLEN-PALACIN, J. A. (Org.). **Experiências e desafios da atenção básica e saúde familiar: caso Brasil**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2004. p. 15-37.

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO. Pólo de Capacitação, Formação e Educação Permanente em Saúde da Família. **Projeto do Curso de Especialização em Saúde da Família**. Vitória: SESA, 2001.

SILVA JUNIOR, A. G.; ALVES, C. A.; ALVES, M. G. M. Entre tramas e redes: cuidado e integralidade. In: PINHEIRO, R.; RUBEN, A. M. **Construção social da demanda**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2010. p. 79-93.

SILVA, L. A. A. et al. Concepções educativas que permeiam os planos regionais de educação permanente em saúde. **Texto Contexto Enferm.**, v. 20, n. 2, p. 340-8, abr./jun. 2011.

SILVA, S.F. **Organização** de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 16, n. 6, p. 2753-2762, 2011.

SOUZA, R. E. et al. Construção de Instrumentos Qualitativos e Quantitativos. In: MINAYO, M. C. S.; (Org.). **Avaliação por triangulação de métodos**: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 133-156.

UNESCO. **Educação**: um tesouro a descobrir - relatório para a Unesco da Comissão Internacional sobre Educação para o Século XXI. São Paulo: Cortez, 1998.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva. **Projeto do Curso de Especialização em Estratégia Saúde da Família**. Vitória: Ufes, 2007.

VIANA, A. L. D. (Coord.). **Recursos humanos e regionalização da saúde**: programa de monitoramento e avaliação da implementação da política nacional de educação permanente. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade São Paulo, 2010. Disponível em: <[www.retsus.fiocruz.br/upload/39/RETSUS39\\_capa.pdf](http://www.retsus.fiocruz.br/upload/39/RETSUS39_capa.pdf)>. Acesso em: 4 out. 2014.

VIEGAS, S. M. F. **A integralidade no cotidiano da estratégia saúde da família em municípios do Vale do Jequitinhonha/Minas Gerais**. 2010. 282f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, Belo Horizonte, 2010.

VITÓRIA. **Prefeitura Municipal de Vitória**. Espírito Santo. Disponível em: [www.vitoria.es.gov.br/cidadao/lista-aponta-onde-estao-as-unidades-de-saude-de-cada-bairro](http://www.vitoria.es.gov.br/cidadao/lista-aponta-onde-estao-as-unidades-de-saude-de-cada-bairro). Acesso em: 10 de jan. 2015.

ZOCHE, D.A.A. Educação profissional em saúde: reflexões sobre a avaliação. **Trab. Educ. Saúde**, v. 5, n. 2, p. 281-295, jul. 2007.

## APÊNDICES

## APÊNDICE A - ROTEIRO DE DISCUSSÃO DO GRUPO FOCAL

### **Roteiro de discussão do Grupo Focal**

#### **Perguntas norteadoras:**

- 1) Quais atividades exercem com frequência no trabalho?
- 2) Essas atividades se relacionam com o que foi visto no curso de Especialização em ESF?
- 3) O curso de Especialização em ESF alterou a sua prática na saúde?
- 4) Enfrentaram dificuldades para por em prática o conteúdo do curso de Especialização em ESF?

## APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

### **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Esta é uma pesquisa coordenada pela Profa. Dra. Maristela Dalbello-Araujo e que será realizada pela mestranda Juliane Pereira Pimenta Mattedi do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES).

A pesquisa tem como título “Especialização em Estratégia Saúde da Família: instrumento de transformação da prática profissional”. Nosso objetivo é analisar como o curso de Especialização em Estratégia Saúde da Família contribuiu para alterar a prática dos profissionais inseridos na Unidade de Saúde da Família de Vitória/ES. Para isso, o sujeito da pesquisa será submetido a uma sessão de Grupo Focal com duração de 90 minutos, que ocorrerá nas dependências de uma Unidade de Saúde da Família de Vitória. A sessão será gravada e transcrita na íntegra, a fim de que possamos registrar de forma segura e com confiabilidade, as falas proferidas.

Participar do Grupo Focal, ou seja, uma entrevista em modalidade coletiva com seus pares profissionais concursados e efetivos da mesma área de trabalho, não produz riscos previsíveis, além do fato do possível incomodo intelectual de ser convidado a refletir sobre uma experiência vivida, haja vista que a identidade do participante não será revelada em nenhuma hipótese nos resultados do estudo. Entretanto, este Termo não cobre os eventuais riscos que se corre ao andar pelas ruas da cidade e pelo deslocamento que se fará necessário para estar presente à sessão. Em contrapartida, esta pesquisa contribuirá para o aperfeiçoamento de políticas de formação de profissionais das quais participou e irão auxiliar e contribuir para o avanço da pesquisa científica em nosso país e com a estruturação dessa política em diversos cenários.

Esclarecemos ainda que, o período de realização da pesquisa será de um ano, com término previsto para dezembro de 2014. O pesquisador poderá ser contatado a qualquer momento pelo participante para esclarecimentos. Em caso de não aceitação ou a retirada de sua aceitação na participação no estudo, a qualquer tempo, não implicará em nenhum ônus ao participante.

A participação na pesquisa será voluntária, não receberá nenhum privilégio para isso, seja de caráter financeiro ou de qualquer natureza. Entretanto lhe serão



garantidos todos os cuidados necessários a participação em respeito ao seu bem estar físico e psicológico.

Assim, garantimos o sigilo e a privacidade ao participante, assegurando-lhe o direito de omissão de sua identidade ou de dados que possam comprometê-lo. Na apresentação dos resultados não será citado o nome e não haverá forma de identificar o participante. As informações serão analisadas como um todo.

Eu \_\_\_\_\_

Estou ciente dos pontos abordados acima e sinto-me esclarecido a respeito do estudo proposto, é por minha livre vontade que aceito participar como sujeito e autorizo a utilização dos dados coletados no Grupo Focal, os quais poderão ser utilizados posteriormente em publicações científicas, referentes à área pesquisada. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será confeccionado em duas vias, uma disponibilizada para o entrevistado. Agradecemos à colaboração.

Vitória, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura Pesquisador Responsável  
Juliane Pereira Pimenta Mattedi

Juliane Pereira Pimenta Mattedi([Julianemattedi@gmail.com](mailto:Julianemattedi@gmail.com) ou 27 99969-3207)  
(contato da orientadora: [dalbello.araujo@gmail.com](mailto:dalbello.araujo@gmail.com))

**ATENÇÃO! Em caso de dúvidas sobre os procedimentos éticos que envolvem a sua participação nesta pesquisa ou para informar ocorrências irregulares deste estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa: Av. Marechal Campos, 1468 - Campus de Maruípe da Universidade Federal do Espírito Santo - Vitória/ES Tel: (27)3335-7211.  
E-mail: [cep@ccs.ufes.br](mailto:cep@ccs.ufes.br)**

## **ANEXOS**

## ANEXO A - DECLARAÇÃO PARA APRESENTAÇÃO NO COMITÊ DE ÉTICA



PREFEITURA DE VITÓRIA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
ESCOLA TÉCNICA E FORMAÇÃO PROFISSIONAL DE SAÚDE  
Professora Angela Maria Campos da Silva



## DECLARAÇÃO

Declaro, para fins de apresentação em Comitê de Ética, que a Secretaria Municipal de Vitória - SEMUS/Vitória está de acordo e possui a infraestrutura adequada para a realização do projeto de pesquisa intitulado: "EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: INSTRUMENTO DE TRANSFORMAÇÃO DA PRÁTICA PROFISSIONAL" de autoria de JULIANE P. P. MATTEDI. O início da coleta de dados fica condicionado à aprovação do projeto no Comitê de Ética e fornecimento, pela ETSUS – Vitória, de carta de apresentação do pesquisador ao (s) campo (s) de pesquisa.

Vitória, 13 março, 2014 .

**Regina Célia Diniz Werner**  
Diretora da Escola Técnica e Formação Profissional de Saúde

## ANEXO B - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

CENTRO DE CIÊNCIAS DA  
SAÚDE/UFES

## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

## DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: INSTRUMENTO DE TRANSFORMAÇÃO DA PRÁTICA PROFISSIONAL

**Pesquisador:** Juliane Pereira Pimenta Mattedi

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 24596314.9.0000.5060

**Instituição Proponente:** Centro de Ciências da Saúde

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

## DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 662.820

**Data da Relatoria:** 28/05/2014

**Apresentação do Projeto:**

Trata-se de um estudo qualitativo, desenvolvido como proposta de estudo de mestrado a se desenvolvido junto ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) da UFES, com o objetivo de analisar como o curso de Especialização em Estratégia de Saúde da Família, realizado em 2010 entre parceria UFES/PMV, contribuiu para alterar a prática dos profissionais inseridos na Unidade de Saúde da Família de Vitória - ES. Este estudo será desenvolvido junto s 74 profissionais (Assistentes Sociais, Psicólogos, Dentistas, Enfermeiros, Médicos, Fonoaudiólogos, Farmacêuticos e Técnico Esportivo), participantes do curso em 2010, por meio da técnica de grupo focal.

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário:

**Endereço:** Av. Marechal Campos 1468

**Bairro:** S/N

**UF:** ES

**Município:** VITORIA

**Telefone:** (27)3335-7211

**CEP:** 29.040-091

**E-mail:** cep.ufes@hotmail.com ; cep@ccs.ufes.br

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA  
SAÚDE/UFES**

Continuação do Parecer: 662.820

Analisar como o curso de especialização em Estratégia de Saúde da Família, ocorrido em 2010, contribuiu para alterar a prática dos profissionais da SEMUS, Vitória - ES

**Objetivo Secundário:**

- Analisar o que os profissionais da Estratégia de Saúde da Família aplicam em seu cotidiano acerca do conteúdo programático do curso de Especialização em Estratégia de Saúde da Família, realizado no município de Vitória - ES.
- Identificar os desafios enfrentados pelos profissionais para por em prática o conteúdo do curso de Especialização em Estratégia de Saúde da Família.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

A pesquisadora apresenta que, participar do Grupo Focal, uma entrevista em modalidade coletiva com seus pares profissionais concursados e efetivos da mesma área de trabalho, não produz riscos previsíveis, além do fato do possível incomodo intelectual de ser convidado a refletir sobre uma experiência vivida, haja vista que a identidade do participante não será revelada em nenhuma hipótese nos resultados do estudo. Entretanto, este Termo não cobre os eventuais riscos que se corre ao andar pelas ruas da cidade e pelo deslocamento que se fará necessário para estar presente à sessão.

Com relação aos benefícios, refere que espera-se "que esse estudo potencialize recursos e interesses para a solução dos problemas relacionados à capacitação profissional de trabalhadores da área da saúde. Visto que a EPS possibilita, ao mesmo tempo, o desenvolvimento pessoal daqueles que trabalham na saúde e o desenvolvimento das instituições. Além disso, a EPS reforça a relação das ações de formação com a gestão do sistema e dos serviços".

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Estudo relevante.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Em conformidade.

**Recomendações:**

Recomendo a aprovação do estudo.

Endereço: Av. Marechal Campos 1468

Bairro: S/N

CEP: 29.040-091

UF: ES

Município: VITORIA

Telefone: (27)3335-7211

E-mail: cep.ufes@hotmail.com ; cep@ccs.ufes.br

CENTRO DE CIÊNCIAS DA  
SAÚDE/UFES



Continuação do Parecer: 662.620

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não constam pendências.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

VITORIA, 27 de Maio de 2014

---

Assinado por:  
Cynthia Furst Leroy Gomes Bueloni  
(Coordenador)

Endereço: Av. Marechal Campos 1468  
Bairro: S/N  
UF: ES                      Município: VITORIA  
Telefone: (27)3335-7211

CEP: 29.040-091

E-mail: cep.ufes@hotmail.com ; cep@ccs.ufes.br