

Análise dos resultados esperados de um projeto de educação permanente em saúde: efeito multiplicador e mudanças no processo de trabalho

Analysis of the expected results from a project of continuous education in health: multiplier effects and changes in work process

Análisis de los resultados esperados de un proyecto de educación continua en la salud: efectos multiplicadores y cambios en el proceso de trabajo

Márcia Kafer Mendonça¹

Leda Aparecida Vanilla Nabuco de Gouvea²

RESUMO

O objetivo deste trabalho é fazer uma análise dos resultados esperados de um projeto de Educação Permanente em Saúde intitulado “Atualização em Atenção Básica de Saúde”, desenvolvido por um Pólo Regional de Educação Permanente em Saúde do Estado do Paraná, no que se refere à multiplicação dos conteúdos pelos sujeitos que o realizaram para os demais profissionais do município e mudanças no processo de trabalho. Para tanto, realizou-se pesquisa de campo junto a 18 profissionais participantes do curso, por meio de questionário, sendo os dados coletados analisados a partir de uma abordagem quantitativa. No que concerne ao efeito

multiplicador 78% dos sujeitos realizou o repasse de alguns conteúdos e os demais não o fizeram devido várias dificuldades a nível local; as mudanças no processo de trabalho se expressaram na organização do trabalho e técnica, melhora do conhecimento sobre o serviço e melhor desempenho profissional. Os resultados obtidos revelam que quando os participantes do curso conseguiram atuar como multiplicadores houve melhor organização no trabalho, melhor atendimento a população e trabalho em equipe. Deste modo, considera-se relevante ter nos serviços de saúde, um espaço coletivo de reflexão e ação para a constituição de sujeitos críticos, desenvolvimento de vínculos e a cooperação mútua, como é proposto pela educação permanente em saúde.

Palavra-chave: Educação Permanente em Saúde. Recursos humanos. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

The aim of this study is to analyze the outcomes

¹ Gaduada em Enfermagem, Especialista em Saúde Pública pela Universidade estadual do Oeste do Paraná

² Professora do Curso de Enfermagem, áreas Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Oeste do Paraná - Campus Cascavel

of a project of Continuing Education in Health entitled "Update on Primary Health Care", developed by a Cluster of Continuing Education in Health in the state of Parana, as regards the multiplication content of the subjects who delivered to other professionals in the city and changes in work process. A field research with 18 professional course participants was carried out through a questionnaire, and the collected data was analyzed through from a quantitative approach. Regarding the multiplier effect, 78% of the subjects performed the transfer of some content and the other did not because of various difficulties at the local level, the changes in the work process reflected in the work organization and technical improvement of knowledge about the service and better work performance. The results show that when the course participants were able to act as multipliers, were better organized at work and able to better serve the people and better at teamwork. Thus, it is important to keep in the context of health services, a collective space for reflection and action for the formation of critical workers and the development of links and mutual cooperation amongst them, as proposed by the continuing education in health.

Keywords: Continuing education. Human Resources. Single Health System

RESUMEN

El objetivo de este estudio es analizar los resultados de un proyecto de Educación Continua en Salud titulado "Informe actualizado sobre Atención Primaria de Salud", desarrollado por un Grupo de Educación Continua en Salud en el estado de Paraná, en cuanto a la multiplicación contenido de los

temas que dieron a luz a otros profesionales en la ciudad y los cambios en el proceso de trabajo. Tanto para la investigación de campo realizada en los 18 participantes del curso profesional a través de un cuestionario, y se analizaron los datos obtenidos de un enfoque cuantitativo. En cuanto al efecto multiplicador de 78% de los sujetos realizaron la transferencia de parte del contenido y el otro no, debido a diversas dificultades en el plano local, los cambios en el proceso de trabajo se expresa en la organización del trabajo y la mejora técnica de los conocimientos sobre el servicio y mejor rendimiento en el trabajo. Los resultados muestran que cuando los participantes del curso fueron capaces de actuar como multiplicadores, se organizaron mejor en el trabajo, un mejor servicio a la gente y el trabajo en equipo. Por lo tanto, es importante tener en los servicios de salud, un espacio colectivo de reflexión y acción para la formación de críticos de desarrollo, de los vínculos y la cooperación, según lo propuesto por la educación permanente en salud.

Palabras clave: Educación continua. Recursos humanos. Sistema Único de Salud

INTRODUÇÃO

Uma das questões que acompanha as discussões sobre o Sistema Único de Saúde (SUS) está relacionada à formação de profissionais da área com um perfil adequado para o enfrentamento das necessidades de saúde da população, de acordo com os diversos níveis de complexidades atendidos pelo sistema. Neste sentido, pode-se dizer que os processos formativos para o trabalho em saúde no Brasil estão sendo estudados em dois grandes eixos que são: a formação

de profissionais ou de recursos humanos para a saúde nos sistemas de ensino e a formação em serviço. Esta última vem se consolidando na chamada Educação Permanente em Saúde que se configura em uma das estratégias para a implementação do SUS.

Para Motta¹, com a institucionalização do SUS pela Constituição Federal de 1988 e Leis 8.080/1990 e 8142/1990, a área de desenvolvimento de recursos humanos, notadamente os processos formativos relacionados à graduação e ao desenvolvimento da força de trabalho em saúde, ganharam maior visibilidade não só pela sua importância, já reconhecida, mas pela necessidade de desenvolvimento teórico sobre o tema, uma vez que essa área é estratégica para a reorganização do sistema de saúde nacional a partir de um novo modelo assistencial. O pressuposto central, nesta estratégia, é que as práticas cotidianas do trabalho dos profissionais que atuam no sistema de saúde são primordiais para o desenvolvimento das políticas de saúde e mudança no modelo assistencial.

Em 1991, diante da necessidade de reorganizar a prática de atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional curativista, o Ministério da Saúde iniciou o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e, em 1994, criou as primeiras equipes do Programa Saúde da Família (PSF), priorizando as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde de forma integral e contínua. A reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica traria uma conformação diferenciada de trabalho nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Contudo, como expressa o Ministério da Saúde, alguns dos obstáculos para o êxito da nova proposta

estavam na formação, capacitação e na educação permanente dos profissionais de saúde, haja vista estes manterem suas ações na lógica das profissões vigentes até então, ou seja, trabalhos fragmentados, parcelares, de acordo com a formação específica de cada profissional².

A Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do Sistema Único de Saúde editada em 1996 (NOB/RH-SUS/1996), foi relevante no sentido de traçar diretrizes e estabelecer responsabilidades em relação à formação de recursos humanos. Nesse documento, a educação permanente é conceituada como um processo de aquisição de informações e de conhecimentos pelo trabalhador de forma permanente, tanto pela escolarização formal como não formal, incluindo as vivências e experiências no trabalho no âmbito institucional ou fora dele³. A educação permanente, nesse aspecto, é abrangente e envolve a formação profissional e os processos de qualificação, requalificação, especialização, aperfeiçoamento e atualização. O seu objetivo é o de melhorar e ampliar a capacidade de trabalho dos profissionais em função de necessidades individuais, da equipe e da instituição em que trabalha³. Portanto, a proposta da educação permanente tem por objetivo central transformar as práticas profissionais e a organização do trabalho em saúde, tendo como referência as necessidades de saúde das pessoas e da população, da gestão setorial e do controle social em saúde⁴.

A formação de recursos humanos para o SUS, e nela a Educação Permanente em Saúde, foi uma discussão presente e recorrente nas Conferências Nacionais de Saúde posteriores NOB/RH-SUS/1996. Em 2003, o Conselho

Nacional de Saúde (CNS) aprovou a Educação Permanente em Saúde como política pública por meio da Resolução CNS nº 335/2003. O documento de referência foi publicado com o título “Política de formação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a Educação Permanente em Saúde”. Posteriormente, com a publicação da Portaria nº 198/GM/MS, em 13 de fevereiro de 2004, foi institucionalizada a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde⁵, sendo substituída pela Portaria nº 1996/GM/MS de 20 de agosto de 2007. Essa política é tida como uma ação estratégica visando à transformação e qualificação das práticas de saúde, o que inclui a organização das ações e dos serviços de saúde, os processos formativos e as práticas pedagógicas na formação e desenvolvimento dos trabalhadores da área da saúde⁶.

A fim de formular e implementar as ações em seu âmbito, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde prevê a criação dos Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS (PEPS). Esses foram concebidos pela Portaria nº 198/2004 sendo que a proposta é a de que se configurem como espaços de formulação de políticas e de negociação orientadas pelas necessidades de formação e desenvolvimento de profissionais de saúde pelos princípios e diretrizes do SUS. Cada PEPS será referência e se responsabilizará por um determinado território, sendo que este terá a responsabilidade de apresentar suas necessidades de formação e desenvolvimento⁵.

A forma de atuação do PEPS, como instância colegiada, responde ao preconizado pela NOB/RH-SUS/1996 uma vez que as políticas de formação de recursos humanos devem ser pensadas de acordo com o perfil

epidemiológico e demográfico de cada região do país⁶. O que se pretende é desenvolver e aumentar a capacidade pedagógica regional para a intervenção na área da saúde, por meio da disseminação e utilização do conceito de Educação Permanente em Saúde como orientador das práticas de educação na saúde, visando à melhoria da qualidade dos serviços de saúde⁶.

No Estado do Paraná, os Pólos de Educação Permanente foram constituídos em decorrência dos Pólos de Capacitação de Saúde da Família, implementados entre os anos de 1997 e 2002, incumbidos da qualificação de recursos humanos do Programa Saúde da Família⁸. Para a implementação desses pólos, naquele período, foi organizado um Pólo Estadual, coordenado pela Escola de Saúde Pública do Paraná e cinco Pólos macrorregionais, com sede nos seguintes municípios: Maringá, Londrina, Curitiba, Ponta Grossa e Cascavel⁸.

Com a institucionalização da Política Nacional de Educação Permanente, que expandiu a educação permanente para todos os profissionais da área da saúde, o Ministério da Saúde recomendou a criação dos Pólos de Educação Permanente em Saúde (PEPS) para o SUS⁸. No Estado do Paraná, em junho de 2003, foram constituídos os Pólos Regionais de Educação Permanente em Saúde (PREPS) com representações de instituições formadoras, gestores municipais e estadual, hospitais universitários e consórcios de saúde, estudantes e do controle social⁸. Essa iniciativa estadual foi realizada visando uma maior descentralização da política de educação permanente por meio da implantação de vinte e dois PREPS no Estado, que correspondem à

área de abrangência das Regionais de Saúde da Secretaria Estadual de Saúde e seis Pólos Ampliados de Educação Permanente em Saúde (PAEPS) nas regiões norte, noroeste, oeste, centro sul, campos gerais e leste do estado ^{8,9}.

Apreende-se, nesse aspecto, que a Educação Permanente em Saúde, como política pública no Estado do Paraná, está institucionalizada e apresenta uma configuração estruturada a fim de corresponder à noção de descentralização e adequação às necessidades regionais do Estado. As ações correspondentes têm sido marcadas por vários projetos desenvolvidos ao longo da última década que contemplam os pressupostos da Educação Permanente em Saúde tal qual propõe a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

Contudo, embora os PREPS em sua maioria sejam ativos, há uma carência de processos avaliativos em relação às ações realizadas que extrapolem as avaliações formais efetivadas nos projetos educativos aprovados e implementados. A esse respeito, Campos *et al.*¹⁰ expõem que os pólos praticamente não contam com sistemas de monitoramento e avaliação das atividades desenvolvidas e dos projetos executados. Similar afirmação encontra-se em Blum, Romel e Brandalise¹¹, que consideram a necessidade de avaliar as ações desenvolvidas para melhor identificação de seus resultados, ou seja, a fim de se verificar se há contribuição da Política de Educação Permanente para a elevação dos padrões de qualidade da formação de profissionais e reordenação das práticas dos serviços, uma vez que estas avaliações, quando realizadas, são feitas internamente pelos coordenadores dos projetos de modo pontual. Para o Ministério da Saúde, há a necessidade

de se promover a avaliação e a reflexão crítica sobre as iniciativas de formação e experiências desenvolvidas, já que são importantes para estimular a ampliação de possibilidades de inovação de ações desencadeadas para o desenvolvimento e formação em saúde³.

Nessa perspectiva, o objetivo deste trabalho é analisar os resultados esperados de um projeto de Educação Permanente em Saúde realizado em um dos PREPS do Estado do Paraná. Dentre os vinte e dois PREPS, o PREPS-10, que está vinculado a 10ª Regional de Saúde com sede em Cascavel é responsável por um território que abrange vinte e dois municípios. No ano de 2008, aprovou-se o projeto do curso intitulado “Atualização em Atenção Básica de Saúde”, o qual foi direcionado para trabalhadores da atenção básica dos municípios pertencentes à sua área de abrangência, sendo realizado no período de maio a novembro daquele ano, com carga horária de 120 horas.

O objetivo do curso foi o de atualizar os profissionais nas diversas áreas do conhecimento que propicia o desenvolvimento da Atenção Básica de Saúde como modelo de assistência no SUS. O curso, em questão, teve como resultados esperados a multiplicação dos conteúdos pelos sujeitos que o realizaram para os demais profissionais do município, a fim de gerar mudanças no processo de trabalho e com isso, efetivar a melhoria da atenção básica.

Os questionamentos que orientaram o presente estudo estão relacionados com os resultados esperados do referido curso, ou seja, os profissionais participantes do curso conseguiram atuar como multiplicadores em seus municípios junto às equipes de saúde? E,

ainda: as informações e conhecimentos obtidos no curso em questão propiciaram mudanças no processo de trabalho?

As respostas a essas questões, além de serem importantes para compreender melhor como o processo da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde tem chegado à nível local, a fim de observar se seus objetivos se efetivam na prática cotidiana dos serviços de saúde, também, podem servir de subsídio para a análise e contribuição para a elaboração de projetos de educação permanente a serem realizados.

METODOLOGIA

A fim de se atingir os objetivos propostos realizou-se uma pesquisa de campo junto aos participantes do referido curso sendo os dados coletados e analisados a partir de uma abordagem quantitativa. O critério de inclusão para a participação na pesquisa foi o de que as pessoas envolvidas deveriam ter participado e concluído o curso e ainda estar atuando no município pelo qual foram representantes. Dos 80 profissionais de nível superior que iniciaram o curso, 10 não o concluíram e 18 profissionais não atuam mais pelo município representado, assim, a população foi composta de 52 participantes do curso que atendiam aos critérios estabelecidos. Por se tratar de pesquisa com seres humanos, a realização deste estudo foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da Unioeste e teve aprovação conforme Parecer 029/2010-CEP.

O questionário e o termo de consentimento livre e esclarecido foram enviados para as Secretarias Municipais de Saúde dos municípios dos respectivos

participantes por meio do sistema de malotes da 10ª Regional de Saúde, que o retornaram pelo mesmo processo. A coleta de dados foi realizada no período de fevereiro a março de 2010. Dos 52 questionários distribuídos retornaram 18 acompanhados do termo de consentimento livre e esclarecido assinado, perfazendo uma amostra de 35% da população selecionada.

Para a coleta de dados foi elaborado, como instrumento, um questionário com perguntas abertas e fechadas. Em relação à análise e interpretação dos dados, as respostas das questões foram sistematizadas, agrupadas e tabuladas. O agrupamento das respostas abertas foi por unidades temáticas, sendo que as respostas dos sujeitos foram identificadas por A1, A2,...A18. Na leitura, análise e interpretação das respostas buscou-se identificar os principais conceitos e significados expressos nas respostas dos sujeitos pesquisados para, posteriormente, serem interpretados a partir do aporte teórico referente ao assunto.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os participantes da pesquisa foram os seguintes profissionais: 10 Enfermeiros; 05 Cirurgiões Dentista; 02 Médicos e 01 Farmacêutico/bioquímico. Evidencia-se uma maior participação de enfermeiros na pesquisa, correspondendo a 56% dos sujeitos da amostra, seguida de odontólogos (28%), médicos (11%) e farmacêutico/bioquímico (5%).

Quanto ao tempo de formação profissional observou-se um quadro de profissionais relativamente recente no mercado, pois 10 participantes (56%) se formaram nos últimos

4 anos e 7 deles (39%) concluíram a graduação de 5 a 9 anos e um há mais de 10 anos.

Em consonância com o tempo de formação constatou-se que a maioria atua na atenção básica a menos de 4 anos, sendo 12 sujeitos (67%) atuam de 1 a 4 anos na atenção básica, 5 (28%) atuam de 5 a 9 anos e um há mais de 10 anos.

Quanto ao vínculo empregatício, 16 sujeitos são concursados, correspondendo a 89% dos profissionais da amostra, e dois (11%) são vinculados ao serviço por meio de contrato de trabalho. É importante salientar que a questão do vínculo empregatício, também, foi analisada em pesquisa realizada por Murofuse *et al.*¹² na área de abrangência da 10ª Regional de Saúde, na qual “[...] embora a maioria dos trabalhadores estivesse contratada como servidor público (50,2%), a presença da precariedade do trabalho ficou evidenciada pela existência de contratos temporários (11,7%) [...]”¹². Neste aspecto, as autoras referem, a partir das análises do Ministério da Saúde, que se reproduz uma tendência da economia contemporânea no setor da saúde, uma vez que há a incorporação da lógica da flexibilização nas relações de trabalho¹². Essa flexibilização nas relações de trabalho na área da saúde, que se expressa também na redução dos contratos formais, o que reduz o corpo dos trabalhadores fixos e aumento daqueles em caráter provisório, afetam diretamente na qualidade dos serviços, “[...] fragmentando o cuidado e fragilizando os projetos assentados na integralidade e na equidade”¹². Vale destacar que a população estudada nesta pesquisa e aquela das autoras citadas são diferenciadas, uma vez que seus estudos envolveram trabalhadores da saúde com diferentes níveis de escolaridade e, no

presente trabalho, os profissionais eram de nível superior. Nesse aspecto, as mesmas autoras salientam que “a discussão das práticas de formação ligadas a projetos de educação permanente não pode estar desvinculada do contexto em que se configuram as políticas de desenvolvimento da força de trabalho em saúde”¹².

No que concerne ao local de atuação dos profissionais que participaram da pesquisa, constata-se que 09 profissionais (50%) atuam na Estratégia Saúde da Família (ESF), seguidos de 05 (28%) em UBS e 04 (22%) em Centros de Saúde. Esses dados coincidem com as considerações do Ministério da Saúde que afirmam que a saúde da família está efetivamente incorporada à atenção básica de saúde, tendo um papel potencial de eixo norteador da organização dos sistemas municipais de saúde¹³.

Questionou-se, ainda, junto aos sujeitos, quanto à realização de cursos de pós-graduação. Destes, 50% não a possuem e 50% tem pós-graduação em nível de especialização nas seguintes áreas: 02 sujeitos (enfermeiros) em Saúde da Mulher; 03 (enfermeiros) em Urgência e emergência; 01 (enfermeiro) em Acupuntura; 01 (farmacêutico) em Análises Clínicas; 01 (odontólogo) em Endodontia e 01 (odontólogo) em Ortodontia. Convém destacar aqui que não foi investigado se ao realizarem estas especializações já atuavam na atenção básica, mas um dado chama a atenção: a capacitação para atenção básica, na maioria dos casos, não era o foco da qualificação.

Sobre a questão da formação dos profissionais da atenção básica são importantes as considerações de Gil¹⁴ quando se reporta à

análise do perfil dos profissionais da Estratégia Saúde da Família, na qual refere-se dizendo que “tem sido constatado que o perfil dos profissionais formados não é adequado o suficiente para prepará-los para uma atuação na perspectiva da atenção integral à saúde e de práticas que contemplem ações de promoção, proteção, prevenção, atenção precoce, cura e reabilitação”¹⁴. A questão da inadequação da formação de profissionais para a atenção básica, contida na discussão do modelo de atenção e recursos humanos, não pode ser discutida separadamente, sendo também importante encontrar melhores alternativas para o enfrentamento da situação de formação dos profissionais que já estão inseridos no sistema¹⁴.

No tocante à participação em cursos de capacitação e atualização por profissionais da área de saúde, o estudo de Murofuse *et al.*¹² destacou que 35,6% dos trabalhadores não participaram de nenhuma atividade no período investigado de 2004 a 2006. Dentre os que participaram obteve-se um registro de menos de uma participação/ano, índice considerado baixo devido à velocidade das mudanças ocorridas no campo da saúde¹².

Após o exposto, depreende-se que para a grande maioria dos sujeitos da amostra, a participação no curso de “Atualização em Atenção Básica de Saúde”, foi uma das primeiras oportunidades de estarem se aprofundando e se qualificando em sua área de atuação atual que é a atenção básica. Assim, considera-se que a iniciativa do PREPS em ofertar o curso foi de grande relevância, mas configura-se pertinente analisar se os resultados esperados do curso aqui citado foram alcançados.

Efeito multiplicador

Entre os propósitos do curso em questão consta o de gerar melhoras nas práticas profissionais na atenção básica, por meio de uma corrente de informações mediada pelos multiplicadores, ou seja, pelos participantes do curso. De acordo com Blumm, Rossi e Santana¹⁵, “por função multiplicadora entende-se a implicação dos trabalhadores num processo de Educação Permanente em Saúde, desempenhando papéis de construtores e de transmissores de conhecimentos”. Assim, um dos objetivos propostos nesta pesquisa foi o de apreender se os profissionais conseguiram realizar este repasse de informações, ou seja, atuarem como multiplicadores.

Na análise e interpretação dos dados coletados, evidenciou-se que 78% dos sujeitos da amostra consideram que realizaram o repasse de forma parcial, ou seja, indicam que conseguiram realizar atividades educativas apenas relacionadas a alguns conteúdos abordados no curso, enquanto que 5% referem que as fizeram na íntegra e 17% não o fizeram.

Nesse aspecto, considerou-se conveniente salientar, por meio de questão específica no questionário, se houve dificuldades entre estes profissionais para realizarem os repasses dos conhecimentos e informações apreendidas no curso. As dificuldades expressas nas respostas foram agrupadas em: falta de tempo; dificuldade em parar o posto/equipe para realizar as abordagens educativas; falta de organização e planejamento das unidades e secretarias municipais de saúde; falta de apoio do gestor; mudança de gestor; desinteresse dos outros profissionais; falta de local/estrutura adequada; falta de recursos humanos; e

mudança de equipe. Embora os temas tenham sido separados e agrupados de acordo com a sua ocorrência nas respostas dos sujeitos da pesquisa, a análise dos mesmos não pode ser realizada de forma estanque, uma vez que cada situação identificada guarda íntima articulação com as demais.

No que concerne à falta de tempo, pode-se considerar que está relacionada à falta de organização e planejamento dos serviços de saúde, ou seja, ao processo de trabalho do serviço, o que, em consequência, levam à falta de tempo para a realização das atividades educativas nos serviços, conforme expresso nas respostas a seguir:

Falta de tempo, [...] pois não há organização e nem planejamento da secretária de saúde para possibilitar o repasse e discussão das informações (A-7).

Demanda grande; falta de organização e planejamento [...] (A-13).

Falta de tempo, dificuldade para sair da unidade, e para reunir todos os profissionais (A-2).

Falta de tempo (A-9).

Outro aspecto indicado nas respostas é a dificuldade em “parar o trabalho” para se realizar o repasse de informações e conhecimentos devido a grande demanda da população por atendimento e a falta de tempo.

No que tange às dificuldades acima apontadas, pode-se dizer que elas estão interligadas, pois ao considerar que a falta de organização e planejamento resultam em falta de tempo acabam por levar a dificuldade em parar o posto/equipe para organização e planejamento dos serviços. Ao não se

realizarem ações educativas e não dispor de tempo para as equipes organizarem e planejarem as atividades com bases em suas necessidades, o que se observa são serviços sem resolutividade e, por conseguinte, aumento da demanda por parte da população. Esta situação resulta em falta de tempo da equipe para realizar outras atividades inerentes à atenção básica, por exemplo, a prevenção de agravos; as atividades educativas nos serviços; o planejamento das ações dos serviços de acordo com as suas realidades locais. Como expressa um dos participantes da pesquisa: “A dificuldade maior é conseguir parar o posto, temos muita dificuldade, deveria ser rotina fechar o posto para realização do repasse e discussão do aprendizado (A-5)”.

A fala acima faz alusão à inserção das práticas educativas na organização do processo de trabalho, o que poderia resolver o problema relacionado ao afastamento dos funcionários da unidade e à realização de reuniões com envolvimento de toda a equipe.

Na medida em que se reproduz esse processo cíclico, observa-se uma lógica de trabalho centrada em um modelo de atenção que vislumbra o quantitativo e o modelo de atenção curativista. Esta prática, centrada em atender a demanda não proporciona espaços para a realização de atividades educativas, promoção da saúde e a prevenção dos agravos que estão entre os focos da atenção básica.

De acordo com o relatório final da XI Conferência Nacional de Saúde, como necessidade para a efetivação do SUS, há o desafio de superar, nas questões de saúde, a visão restrita à assistência de modo que a prevenção e a promoção se incorporem

melhorando a qualidade dos serviços. Modelos curativistas/ assistencialista são incapazes de responder às necessidades da população com a qualidade necessária².

Depreende-se dos relatos acima, uma sobrecarga das equipes de trabalho, o que significa um fator importante para a não adesão ou realização de atividades educativas em serviço. Esta sobrecarga de trabalho também advém da falta de recursos humanos, situação expressa na fala a seguir: “Falta de recursos humanos na Secretaria de Saúde, o que sobrecarrega os componentes da equipe” (A-17).

Assim, a sobrecarga do serviço vem a justificar em parte a desmotivação/ desinteresse dos profissionais da equipe que foram mencionadas por alguns entrevistados, quando responderam sobre as dificuldades que encontraram para o repasse de conhecimentos e informações: “As dificuldades encontradas para o repasse e discussão das informações é o desinteresse dos outros profissionais, falta de tempo dos mesmos [...]” (A-6); “A falta de interesse do restante da equipe” (A-11).

Nesse sentido, temos a corroboração de Viana *et al*¹⁶, ao considerar que a não adesão às atividades educativas pode estar relacionada à intensa dinâmica do trabalho no setor saúde. Assim, este fato pode ser um dos agravantes que impediriam que muitos trabalhadores participassem de atividades educativas durante o horário de trabalho. A esse respeito cabem as conclusões da pesquisa de Murofuse *et al.*¹²: “esses depoimentos mostram o desgaste vivido pelo trabalhador da saúde no processo de trabalho do setor que incorporou a lógica geral do setor produtivo, exigindo a produtividade e a

qualidade da assistência, sem a correspondente melhoria das condições de trabalho”.

Considera-se que os trabalhadores sentem-se desmotivados a participar de atividades educativas pela sobrecarga de trabalho e, ainda, conforme Silva, Ogata e Machado¹⁷, por não receberem o incentivo e o reconhecimento dos gestores, incluindo a falta de estímulo financeiro, falta de um plano de cargos e salários, a longa duração, dias inadequados, necessidade de custear o transporte e a ocorrência fora do horário de expediente. Portanto, o desinteresse mencionado pelos participantes da pesquisa em relação aos demais profissionais não pode ser compreendido do ponto de vista individual, ou seja, que pessoalmente não lhes interessa aprender e refletir sobre sua atuação, mas sim como decorrência da própria organização e gestão do trabalho em que estão inseridos.

A falta de apoio dos gestores foi mencionada por alguns entrevistados, que enfatizam a resistência desses em relação a parar o serviço, para que a equipe possa realizar atividades educativas.

[...] falta de compreensão por parte da chefia e população de parar o trabalho e ter assim serviço de qualidade com avaliação e controle (A-4).

[...] e falta de disponibilidade e entendimento do gestor (A-13).

[...] o gestor argumenta ser difícil parar o atendimento, pois a população não entende... (A-18).

Apreende-se dos relatos acima que, os gestores, ao evitarem ou impedirem que suas equipes parem o serviço para realizarem

ações de educação permanente, expressam um entendimento de que tal atitude pode desagradar a população. Constatou-se, portanto, uma ênfase, por parte de alguns gestores, na produtividade/quantidade, sem primar pela qualidade dos serviços prestados. Dessa forma, a necessidade de atividades educativas é desconsiderada, o que reforça a lógica de alguns serviços de saúde de estar centrada em atender quantitativamente o que, conseqüentemente, enfatiza a reprodução do modelo curativista na atenção básica.

Conforme Murofuse *et al.*¹², a indicação política de pessoas para ocuparem cargos na saúde “[...] a partir de critérios como a aliança política estabelecida durante o pleito eleitoral, resulta em problemas, pois, muitas vezes, pessoas sem o devido preparo e conhecimento acabam ocupando cargos de decisão”. Esse despreparo dos gestores pode explicar o porquê de os mesmos não se preocuparem com a melhoria da assistência no atendimento a população, que pode ser proporcionada pelas atividades educativas junto aos profissionais, e direcionarem suas preocupações ao fato de que em algum momento este profissional precisa deixar de exercer suas atividades no trabalho, isto é, em algum momento este profissional deixaria de atender a população. Essa atitude expressa uma priorização do aspecto quantitativo e não qualitativo do atendimento a população. Blum, Romel e Brandalise¹¹, mencionam, em sua pesquisa junto a pólos, uma significativa resistência dos gestores em relação à política de educação permanente, desencadeada pela falta de entendimento do conceito e da ferramenta da Educação Permanente em Saúde.

Convém destacar que os fatores

políticos, atrelados às respostas anteriormente consideradas, também se expressam nas trocas de gestores e equipe de saúde, uma vez que o curso foi realizado até fim de 2008, ano eleitoral, o que por conseqüência, no ano de 2009, em alguns municípios, acarretou em mudanças de gestores e equipes. Alguns entrevistados alavancam estas trocas como dificuldades em trabalhar atividades educativas, como se evidencia a seguir:

A principal dificuldade encontrada foi o tempo necessário para o repasse das informações, visto que logo ocorreu a troca de gestor municipal da saúde e de quase toda a equipe da UBS [...] por motivos de origem política (A-10).

[...] no entanto, com a mudança de gestor não tivemos mais espaço para realizar,... (A-18).

[...] Mudança de equipe no município [...] (A-14).

Considera-se que cada novo gestor ou nova equipe tem a opção de recomeçar ou dar continuidade ao trabalho já existente. Neste caso, constatou-se que as trocas de gestores e equipes aqui mencionadas interferiram no planejamento das ações de Educação Permanente, visto que desconsideraram o que já vinha sendo realizado, como se pode constatar na seguinte resposta: “[...] porém devido troca/mudança de gestores, todo o planejamento ficou esquecido (A-5)”.

A falta de estrutura adequada para a realização das ações educativas também é relatada como indica a resposta: “[...] falta..., estrutura para repassar as informações recebidas [...] (A-7)”. Silva, Ogata e Machado¹⁷ fazem referência a esta questão ao afirmarem que a falta de organização e condições do local

da capacitação, são fatores de desmotivação nos processos educativos.

Assim, observou-se que os profissionais tiveram muitas dificuldades em realizar as atividades educativas no serviço que podem ser sintetizadas em: falta de apoio dos gestores, troca de equipe/gestores, falta de planejamento e organização dos serviços e desmotivação dos funcionários.

Além das citadas pelos profissionais, pode-se ainda considerar como um fator que dificulta a realização de atividades de educação permanente o fato de estas ainda não estarem inseridas nas rotinas dos serviços de saúde dos municípios, apesar de ser uma proposição contida na Política Nacional de Educação Permanente. Das respostas dos sujeitos da pesquisa à questão sobre a inserção da Educação Permanente em Saúde nas rotinas dos serviços 72% referem que não está inserida e 28% que está o que demonstra a falta de conhecimento da população envolvida em relação à política. Ainda vale destacar que, quanto aos relatos daqueles que mencionam o conhecimento, observa-se que essa formação ocorre de modo esporádico e, quando realizada é direcionada a um público restrito, como assinalam os participantes da pesquisa: “[...] só para os ACSs” (A-2); “[...] geralmente a equipe de enfermagem e os ACSs” (A-1).

Observa-se aqui, que os relatos não condizem com o proposto pela Política de Educação Permanente, ou seja, o de envolver toda a equipe e como o próprio nome diz ser de caráter permanente. Nesta perspectiva, Murofuse *et al.*¹² indicam a relevância da iniciativa institucional para a atualização dos trabalhadores da saúde uma vez que a maioria

do acesso destes a formas de atualização se dá por meio de informações veiculadas pela instituição, participação em eventos e informativos. Neste sentido, depreende-se que, se a gerência local da saúde não prioriza estas ações, os trabalhadores não terão acesso a elas.

Conforme Davini¹⁸, 43 para que uma estratégia de educação seja realmente integrada deve-se atingir uma diversidade de atores, como os trabalhadores dos serviços, os grupos comunitários e os tomadores de decisão político-técnica do sistema. Há a necessidade de estar inserida no próprio contexto social, sanitário e do serviço, a partir dos problemas da prática na vida cotidiana das organizações¹⁸.

No entanto, o que se observa nos serviços a nível local, é a expectativa de que as atividades educativas sejam centralizadas, ou seja, venham de “cima para baixo”, como era feito antes da criação da Política de Educação Permanente. Esta questão se revela, conforme expresso:

As únicas atividades educacionais para os profissionais de meu município são aquelas oferecidas pela 10ª Regional de Saúde, para profissionais de algumas áreas específicas, mediante liberação do Secretário Municipal de Saúde (A-10).

Esse dado é preocupante visto que há uma política voltada para este fim, que apesar de sua descentralização, não tem se efetivado nas rotinas locais dos serviços de saúde.

Após o exposto, sublinha-se que, conforme explícito em algumas respostas, perante as dificuldades, os que conseguiram realizar as atividades educativas as fizeram de forma parcial e limitada ao próprio grupo

de trabalho, assim não atingindo a todos os profissionais do município como o proposto pelo curso em questão, conforme relatos:

De início conseguimos fazer algumas reuniões com todos os profissionais, onde foram discutidos alguns temas, no entanto, com a mudança de gestor não tivemos mais espaço [...], assim, fiz somente na minha unidade (A18).

[...] foi realizada apenas na UBS em que trabalho (A-8).

Apesar destas dificuldades, alguns entrevistados, em seu âmbito de ação, conseguiram se organizar nas suas realidades de trabalho para a realização das atividades educativas, mesmo que de forma parcial.

Mudanças no Processo de Trabalho

No que concerne ao outro resultado esperado do curso de “Atualização em Atenção Básica de Saúde”, que foi o de gerar mudanças no processo de trabalho visando à melhoria da atenção básica, os resultados obtidos são relevantes para se afirmar a importância da Educação Permanente em Saúde. Assim, investigou-se se, apesar das dificuldades em atuarem como multiplicadores nas equipes de saúde conforme analisado anteriormente, conseguiram gerar mudanças no processo de trabalho.

As mudanças no processo de trabalho são aqui entendidas como aquelas pertinentes ao fazer diário dos trabalhadores, momento em que os elementos do processo de trabalho articulam-se em uma relação recíproca, configurando um processo de trabalho específico¹⁹. Os agentes do trabalho em saúde mobilizam instrumentos de trabalho (técnicas,

materiais, instrumentos tecnológico e saberes) a fim de atender ao objetivo de proporcionar cuidados conforme as necessidades de saúde da população.

Peduzzi e Schraiber¹⁹ referem-se ao fato de que o processo de trabalho se dá na “[...] dimensão microscópica do cotidiano do trabalho em saúde, ou seja, à prática dos trabalhadores/profissionais de saúde inseridos no dia-a-dia da produção e consumo de serviços de saúde”. Portanto, buscou-se apreender nas respostas dos participantes da pesquisa, as informações sobre possíveis mudanças, quer seja no fazer individual quer seja na equipe de saúde, impostas pelos agentes do trabalho no seu cotidiano em decorrência dos conhecimentos obtidos no curso em pauta.

Além das melhorias ocorridas, entendidas como forma de mudança, analisam-se nesta seção, os fatores a serem considerados no processo de Educação Permanente em Saúde, para que eles, realmente, sejam transformadores das práticas profissionais e assim possibilitem mudanças no processo de trabalho em saúde.

Para esta análise, elaborou-se uma questão fechada versando sobre a mudança no processo de trabalho da equipe após a multiplicação dos conteúdos do referido curso para a qual foram obtidos os seguintes resultados: 78% relataram haver ocorrido mudanças, 22% relataram não haver mudanças. Considerando o resultado de que 17% não fizeram o repasse e discussões dos temas do curso, constata-se que 5% deles, mesmo tendo relatado terem feito o repasse de alguma forma, não obtiveram mudanças no processo de trabalho da equipe.

Ao se comparar as mudanças referenciadas no trabalho em equipe com as mudanças na prática ou fazer individual do profissional que realizou o curso, observa-se que este teve um maior impacto, uma vez que 100% dos sujeitos relataram que o curso influenciou em sua prática profissional.

Embora houvesse dificuldades para a atuação como multiplicadores em seus municípios, os sujeitos da pesquisa revelam em suas respostas que algumas mudanças foram significativas nas equipes em que os repasses foram feitos mesmo que parcialmente. Ao analisar as respostas, observa-se que elas condizem ao proposto para se engendrar mudanças e aprendizagem no trabalho, uma vez que as atividades educativas repercutiram no modo de atuação de alguns dos profissionais e na organização do processo de trabalho das instituições em que os entrevistados atuam, conforme explícito em algumas respostas:

Passamos a realizar reuniões semanais com a equipe do PSF, onde discutíamos determinados assuntos e problemas do dia a dia, introduzimos o agendamento de consultas e melhora da organização do PSF [...] (A-3).

[...] passamos a nos reunir mais, melhoramos a organização da unidade, o atendimento a população e as relações entre a equipe [...] (A-18).

Com as informações recebidas, fluxo de atendimento /rotina foi mudado [...] (A-14).

Principalmente na minha organização e planejamento das atividades como também na questão da humanização (A-13).

O curso me fez [...], ter uma nova visão da Estratégia Saúde da Família e até mesmo desenvolver novas práticas para melhor atender a nossa população de abrangência do ESF (A-6).

Observa-se, nas respostas acima, referências a modificações relacionadas ao processo de trabalho quanto a uma melhor organização da rotina do serviço e a realização de reuniões das equipes. Pode-se destacar ainda, como consequência de tais mudanças, a geração de melhoria no trabalho em equipe e nas relações interpessoais e um melhor atendimento a população como expresso a seguir:

[...] melhoramos [...], o atendimento a população e as relações entre a equipe [...] (A-18).

[...] Passou-se a observar um melhor trabalho em equipe e também satisfação dos usuários (A-3).

Acrescentou vários aspectos positivos, no modo como se trata um paciente na unidade básica de saúde, como se trabalha melhor em equipe (A-7).

O curso me fez ver novas possibilidades de trabalho com a equipe, [...] para melhor atender a nossa população de abrangência do ESF (A-6).

[...], e entender o quanto que a equipe é importante para se atingir resultados positivos no trabalho (A-18).

Conforme Peduzzi²⁰, a noção de equipe está etimologicamente associada à realização de tarefas, de trabalhos compartilhados entre indivíduos. Assim, a Educação Permanente em Saúde favorece a reflexão crítica em espaços coletivos de discussão para a problematização

da realidade vivenciada no trabalho²¹. A problematização é uma concepção pedagógica pertinente a uma postura crítico-reflexiva que esteja adequada para o desenvolvimento do trabalho, já que pode articular as ações do serviço com a presença e integração de seus diferentes agentes, que na saúde são oriundos de diversas formações e profissões²². Ao gerar inquietações pode-se promover a autonomia e a busca de mudança na realidade vivenciada²². Diante do exposto, a seguir são apresentados os relatos que conferem as mudanças no trabalho enfatizando a problematização/realidade do serviço:

Passamos a realizar reuniões semanais com a equipe do PSF, onde discutíamos determinados assuntos e os problemas do dia-dia [...] (A-3).

Passamos a nos reunir mais e a compartilhar as informações do dia-dia (A-11).

[...] Destaco para isto a importância de reuniões e atividades educativas junto a minha equipe, centradas nos problemas e realidades do nosso PSF (A-18).

Observa-se, também, que os profissionais conferem importância às propostas de ações a fim de gerar mudanças no trabalho que tenham por referência os problemas e a realidade dos serviços. Há, de acordo com Ceccim e Feuerwerker²¹, a valorização de saberes locais e a possibilidade de se construir pactos de convivência e práticas. Ceccim²³ considera como condição indispensável para as mudanças, nas práticas e nos conceitos, a detecção e o contato com os desconfortos experimentados no cotidiano de trabalho, percebendo que determinadas formas de se

fazer ou pensar podem ser insuficientes ou insatisfatórias para os desafios postos no trabalho. Este aspecto foi contemplado nas respostas dos entrevistados:

O curso nos ajudou a ter novos pensamentos, como agir em diferentes casos e realidades, a conhecer e explorar melhor a área de abrangência das ESFs e pensar em ações e medidas para solucionar, algum problema ou dificuldade encontrada durante a execução das atividades (A-6).

Repensar nossas atividades mesmo as cotidianas é uma forma de melhorá-las [...] (A-1).

No que concerne à melhoria dos serviços prestados decorrentes do aumento do conhecimento técnico proporcionado pelo curso tem-se as seguintes respostas:

Estar revendo o que já estudamos e aprendendo e recebendo novos conhecimentos e a troca de experiências ajuda muito em nosso desempenho profissional. Tendo assim a melhoria nos serviços prestados (A-4).

Me sinto mais preparada para executar o serviço na atenção básica, agora conheço mais sobre o serviço público, SUS, etc. (A-11).

Através do curso adquiri maior conhecimento sobre a área que atuo [...] (A-18).

Das respostas acima, há indicativos de que o curso foi relevante, uma vez que proporcionou o aumento do conhecimento sobre a área de atuação desses profissionais e, por conseguinte, passaram a sentir-se mais

aptos a realizarem suas ações em consonância com os princípios do SUS. Este aspecto é importante para os profissionais visto que ao se avaliar o tempo de serviço e especializações verificou-se que a maioria (67%) atua a menos de quatro anos na saúde pública e que há uma reduzida formação em pós-graduação na área. Assim, estes espaços educativos são importantes haja vista que, de certo modo, suprem esta necessidade.

Em síntese, as mudanças no processo de trabalho que ocorreram em relação à equipe de saúde foram melhoras nos seguintes aspectos: na organização dos serviços; nas reuniões periódicas da equipe; no trabalho enfatizando a problematização da realidade do serviço; no atendimento e qualidade; na assistência à população; no conhecimento dos assuntos abordados; nas relações interpessoais e trabalho em equipe.

No que concerne a mudanças no fazer individual dos profissionais foram mencionadas melhorias: no conhecimento sobre o serviço; no desempenho profissional; no relacionamento interpessoal com a equipe; na relação com o usuário; na organização e planejamento das atividades e no atendimento mais humanizado, incluindo nova visão de trabalho que passou a priorizar as ações centradas nos problemas da população.

Ao comparar as mudanças referidas na equipe e no fazer individual dos que realizaram o curso em questão, é possível constatar que na primeira as mudanças referem-se à organização do trabalho e nas relações da equipe, enquanto que na segunda, de forma individualizada, as mudanças referem-se à área mais técnica, como a melhora no conhecimento sobre o

serviço e desempenho profissional.

Segundo o Ministério da Saúde⁷, para que haja o fortalecimento do SUS, há necessidade de profissionais comprometidos, que busquem melhorar a qualidade dos serviços, a resolutividade e a satisfação do usuário atendido. Esta postura faz a diferença em relação aos resultados da capacitação uma vez que o comprometimento pode ser o elemento que levará a responsabilização do indivíduo em buscar a transformação de suas ações. Assim, percebe-se que a Educação Permanente em Saúde pode precipitar ou potencializar mudanças no processo de trabalho em saúde.

Contudo, além do comprometimento dos profissionais, conforme Davini¹⁸, para que uma educação seja aplicável e transformadora das práticas, é necessário analisar os contextos em que ela pode ser posta em ação e trazer para discussão os bloqueios institucionais, regulatórios, normativos ou cognitivos, necessários para abordar e colocar o conhecimento em ação. Neste sentido, a modificação de uma prática organizativa nos serviços de saúde implica em trabalhar não apenas o desenvolvimento de novas habilidades específicas, mas, sobretudo, os contextos que mantêm e alimentam as práticas anteriores. Portanto, todo processo de educação permanente requer elaboração, desenho da execução a partir de uma análise estratégica e da cultura institucional dos serviços em saúde em que se insere¹⁸. Esses bloqueios se fizeram presentes nos relatos dos que mencionaram que não houve mudança ou apenas de forma parcial conforme expresso:

Devido as dificuldades na organização do processo de trabalho, não se conseguiu

mudanças significativas (A-13).

Por algum período (dias) logo após volta a rotina/ou vícios adquiridos com o passar do tempo no trabalho [...] (A-4).

No começo funciona, porém com o passar do tempo, se não for “relembrado”, volta a ser como antes (A-7).

Observa-se nas respostas, a forte influência da organização no processo de trabalho e dentro dela os chamados vícios dos trabalhadores que, apesar dos esforços, se mantiveram como grandes entraves. Ainda há de se considerar que nem sempre as organizações criam condições que permitem transferir o aprendizado para a ação, já que, muitas vezes, esta dificuldade se relaciona com fatores simples e materiais, como o equipamento ou o espaço físico necessário para trabalhar de outra forma¹⁸. Em outros casos, condições mais subjetivas e complexas são as responsáveis por isto, como os incentivos que a organização oferece para instalar novos comportamentos ou para a alteração dos papéis na divisão de trabalho¹⁸. Estas situações foram identificadas pelos participantes, quando expuseram as dificuldades em se realizar ações educativas no serviço, conforme discussão já realizada, em que foram mencionadas a falta de recursos humanos e materiais e a desmotivação dos profissionais.

Essas afirmações são fundamentais, considerando tratar-se de qualificar pessoas que já trazem consigo uma bagagem composta pelo conhecimento técnico e fortemente influenciada por experiências vivenciadas em seu cotidiano. Essas experiências são permeadas de valores, atitudes e significações pessoais, que podem ou não estar consoantes

com aquilo que se propõe como ideal em atitudes a serem tomadas no trabalho e no desempenho da assistência prestada²⁴. Nesse contexto, considera-se que a implementação de projetos relativos à educação permanente pode abrir caminhos para mudanças, não só institucionais, mas também na subjetividade dos profissionais, ou seja, na compreensão de que o trabalho na saúde precisa ser tecido a partir de objetivos comuns que, preservando o núcleo de saberes de cada categoria profissional, carece de sinergias propiciadas pelo trabalho coletivo a fim de se produzir saúde.

CONCLUSÃO

Os resultados esperados propostos para o curso em questão no que se refere aos dois aspectos, ou seja, produzir multiplicadores e gerar mudanças no processo de trabalho, foram atingidos por alguns profissionais, dentro do limite da realidade de cada município. No entanto, esbarraram em várias dificuldades a nível local que precisam ser consideradas ao se desenvolver projetos neste sentido.

Dentre as dificuldades que foram relatadas destacam-se a falta de tempo/ organização dos serviços, desmotivação dos profissionais, falta de apoio dos gestores, mudanças de equipe e gestores. Portanto, ainda se faz necessário uma maior compreensão do significado da Educação Permanente já que esta não se esgota na realização de cursos, atualizações e outras práticas. A Educação Permanente precisa ser impulsionada no cotidiano dos serviços e adaptada às diversas realidades locais, por meio de momentos de encontro entre os trabalhadores para trocarem experiências e possíveis visões sobre os

problemas detectados no dia a dia.

Conforme exposto no estudo, observou-se que o aprendizado e as modificações se consolidaram em maior proporção de forma individualizada e não de forma que abrangesse as equipes de saúde em que os participantes do curso estavam inseridos. Em relação a esta questão, destaca-se o fato de que todos devam estar envolvidos para que ocorram reais mudanças no processo de trabalho. Em muitos casos isso não aconteceu, justamente, por não terem conseguido trabalhar os conteúdos com as equipes.

Esta pesquisa revelou que o projeto de “Atualização em Atenção Básica de Saúde” foi importante uma vez que propiciou aos profissionais um espaço para a apreensão de conhecimentos, informações e troca de experiências relativas à atenção básica. No que se refere às mudanças relatadas, mesmo que pontuais, são de significativa importância, revelando que a Educação Permanente em Saúde tem potencialidades para impulsionar mudanças no processo e organização do trabalho, contudo precisa ser implantada como parte deste.

REFERÊNCIAS

1. Motta JIJ. Educação permanente em saúde: da política do consenso à construção do dissenso [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, Mestrado em Educação em Saúde, Núcleo de Tecnologia Educacional em Saúde; 1998.
2. Ministério da Saúde (Brasil). Relatório Final da 11ª Conferência Nacional de Saúde efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde, com controle social. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.
3. Ministério da Saúde (Brasil). Conselho Nacional de Saúde. Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS). 3.ed. rev. e atual. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
4. Ministério da Saúde (Brasil). Secretária de Gestão do Trabalho e de a Educação na saúde. Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
5. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria Nº 198/GM/MS de 13 de fevereiro de 2004. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
6. Ministério da Saúde (Brasil). Série Pacto pela Saúde 2006: Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
7. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
8. Universidade Estadual de Maringá. Programa Pólo Institucional de Educação Permanente em Saúde [Internet]. Universidade Estadual de Maringá: Pró-Reitoria de Ensino; 2005 [citado 2009 Jun 29]. Disponível em: <http://www.pen.uem.br/pieps.pdf>.
9. Secretaria de Estado da Saúde (Paraná). Escola de Saúde Pública do Paraná. Rede de pólos regionais de educação permanente em saúde [Internet]. Disponível em: <http://www.escoladesaude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=7>.
10. Campos FE, Pierantoni CR, Haddad AE, Viana ALA. Os desafios atuais para a educação permanente no SUS [Internet]. Cadernos RH Saúde. 2006 [citado 2010 Fev 12];39(1):39-51. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_rh.pdf.
11. Blum D, Romel N, Brandalise M. Avaliação dos Pólos de Educação Permanente em Saúde do Paraná: entre políticas e práticas [Internet]. Emancipação. 2007 [citado 2009 Jun 14];7(2):157-80. Disponível em: <http://www.revistas2.uepg.br/index.php/emancipacao/article/view/103/101>.

12. Murofuse NT, Rizzotto MLF, Muzzolon ABF, Nicola AL. Diagnóstico da situação dos trabalhadores em saúde e o processo de formação no Pólo Regional de Educação Permanente em Saúde. *Rev Latino-Am Enferm*. 2009 [citado 2010 Fev 22];17(3):28-34. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n3/pt_06.pdf.
13. Ministério da Saúde (Brasil). Projeto de apoio à implementação e consolidação do Programa Saúde da Família no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
14. Gil CRR. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. *Cad Saúde Pública*. 2005 [citado 2010 maio 15];21(2):490-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n2/15.pdf>.
15. Blum MHN, Rossi SS, Santana GP. Multiplicatus: a história de um projeto de educação continuada. In: *Anais do 9º Congresso Mundial de Informação em Saúde e Bibliotecas*; 2005 [citado 2010 Maio 15]. Salvador, BA. Disponível em: <http://www.icml9.org/program/track9/>.
16. Viana ASA, et al. Pólos de Educação Permanente do Estado de São Paulo: da estruturação à avaliação dos gestores envolvidos. São Paulo: Centro de Estudos de Cultura Contemporânea: Consórcio Medicina, USP; 2008. Disponível em: http://www.fm.usp.br/gdc/docs/preventiva_2_ALUIZA-03-2008.pdf.
17. Silva JAM, Ogata MN, Machado MLT. Capacitação de trabalhadores de saúde na Atenção Básica: impactos e perspectivas. *Rev Eletr Enferm*. 2007 [citado 2010 Mar 23];9(2):389-401. Disponível em : <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/v9n2a08.htm>.
18. Davini, MC. Enfoques, problemas e perspectivas na educação permanente dos recursos humanos de saúde. In: Ministério da Saúde (Brasil). Brasília: Ministério da Saúde; 2009. p. 38-58. (Série Pacto pela Saúde 2006: Política Nacional de Educação Permanente em Saúde).
19. Peduzzi M, Schraiber LB. Processo de trabalho em saúde. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio e Estação do Trabalho Observatório de Técnicos em Saúde. *Dicionário da educação profissional em saúde*. Escola Politécnica de Saúde, Ministério da Saúde, Fiocruz: Rio de Janeiro, 2006. p.199-206.
20. Peduzzi M, Del Guerra DA, Braga CP, Lucena, FS, Silva JAM da. Atividades Educativas de Trabalhadores na Atenção Primária: concepções de educação permanente e de educação continuada em saúde presentes no cotidiano de Unidades Básicas de Saúde em São Paulo. *Interface – Comunic., Saúde, Educação*. 2009 [acesso em 2010 20 mar];13(30):121-34. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/icse/v13n30/v13n30a11.pdf>.
21. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis: Rev Saúde Coletiva*. 2004 [citado 2009 Abr 23];14(1):41-65. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v14n1/v14n1a04.pdf>.
22. Silva JPV, Tavares CMM. Integralidade: dispositivos para a formação crítica de profissionais de saúde. *Rev Trabalho, Educação e Saúde*. 2004 [citado 2010 Mar 10];2(2):271-85. Disponível em:<http://www.revista.epsjv.fiocruz.br/include/mostrarpdf.cfm?Num=81>.
23. Ceccim RB. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface*. 2005 [citado 2009 Mai 28];9(16):161-77. Disponível em: <http://www.interface.org.br/revista16/debate1.pdf>.
24. Ciconet RM, Marques GQ, Lima MADS. Educação em serviço para profissionais de saúde do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU): relato da experiência de Porto Alegre - RS. *Interface*. 2008 [citado 2010 Mar 10];12(26):659-66. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v12n26/a16.pdf>.

Artigo apresentado em: 31/01/2011
Aprovado em: 15/03/2011