

UNIVERSIDADE FEDERAL DOS VALES DO JEQUITINHONHA E MUCURI

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO PROFISSIONAL
EM ENSINO EM SAÚDE**

MARIANA VÉO NERY DE JESUS

**EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: experiências de profissionais
egressos de um curso de especialização em saúde da família**

**Diamantina
2014**

MARIANA VÉO NERY DE JESUS

**EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: experiências de profissionais
egressos de um curso de especialização em saúde da família**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* Mestrado Profissional Ensino em Saúde da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri – UFVJM, como pré-requisito final para obtenção do grau de Mestre em Ensino em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Alisson Araújo

Coorientadora: Profa. Dra. Liliane
Consolação Ribeiro

Diamantina

2014

MARIANA VÉO NERY DE JESUS

Educação permanente em saúde: experiências de profissionais egressos de um curso de especialização em saúde da família

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* Mestrado Profissional Ensino em Saúde da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri – UFVJM, como pré-requisito final para obtenção do grau de Mestre em Ensino em Saúde.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Alisson Araújo
Universidade Federal de São João Del Rei (UFSJ)
Presidente e Membro Titular da Banca Examinadora - Orientador

Prof^a Dr^a. Liliane Consolação Ribeiro
Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM)
Membro Titular da Banca Examinadora – Coorientadora

Prof. Dr. Marcos Azeredo Furquim Werneck
Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)
Membro Titular da Banca Examinadora

Aprovado em: 19/12/14

Dedico a minha amada família por todo amor e oração que foram fundamentais para a construção desse trabalho.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela vida, coragem, perseverança e por iluminar o meu caminho;

Aos meus queridos pais, Luis Carlos e Vanda, e à querida Dida. Obrigada pelo amor, educação, incentivo e pelas orações em todos os momentos;

A minha irmã, Carolina, e meu cunhado, Emílio, pelo carinho, apoio, incentivo, torcida, amizade, e às minhas afilhadas lindas, Laura e Luisa;

Aos colegas da Estratégia de Saúde da Família Mato do Engenho, pela compreensão, torcida e amizade;

A toda equipe do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON), em especial à família do Programa Ágora, por todo acolhimento e aprendizagem neste percurso da tutoria que foram fundamentais no amadurecimento da minha vida profissional. Em especial a minha amiga Silmeiry e meus coordenadores, Horácio Faria, Marcos Werneck e Maria Dolores;

Ao chefe do Departamento de Medicina e Enfermagem da UFV, Bruno David, à coordenadora do curso de Enfermagem, Marisa Dibbern, e a todos os colegas e amigos, docentes e funcionários do Departamento por todo incentivo e apoio; em especial as queridas Deise, Lilian e Mara.

Aos alunos do curso de Enfermagem da UFV por todo carinho, aprendizado e incentivo;

Aos grandes amigos de Viçosa Juliana, Raphael e Maria Alice por toda amizade, companheirismo e apoio;

Aos colegas de Mestrado, por todo caminho percorrido junto, pela amizade, convivência e aprendizado. Em especial à Zaida, Hellen e Bruno;

Aos professores do Mestrado, pelo apoio, aprendizado e pela maravilhosa convivência;

À secretária Virginia Batista, pela amizade, dedicação ao curso e acolhimento dos discentes, principalmente as que moram muito distante;

Ao coordenador, Professor Doutor Wellington de Oliveira, sempre prestativo, pela dedicação ao mestrado, apoio e incentivo.

Por último, de forma especial...

Ao meu querido Professor Doutor Alisson Araújo, pela competente orientação, paciência, apoio e dedicação ao meu trabalho. Meu grande educador, incentivador e amigo, parte fundamental da minha formação desde a graduação, passando pela tutoria (NESCON), docência e me incentivando na realização do mestrado. Muito obrigada.

“Ninguém ignora tudo. Ninguém sabe tudo. Todos nós sabemos alguma coisa. Todos nós ignoramos alguma coisa. Por isso aprendemos sempre.”

(Paulo Freire)

RESUMO

Desde a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, são constantes as preocupações de necessidade de formação e capacitação dos profissionais de saúde. É necessária a modificação do processo de trabalho desses profissionais a fim de transpor o paradigma hegemônico (hospitalocêntrico e biomédico) para o paradigma social (ampliação do conceito de saúde). Para o alcance dessa mudança, surge o conceito de Educação Permanente em Saúde que reconhece que é no cotidiano do trabalho que o profissional tem o potencial de se colocar em reflexão quanto à sua prática, além de colaborar para a organização do processo de trabalho da equipe. O Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais traz essa modalidade educativa como eixo condutor do processo ensino-aprendizado dos alunos médicos, enfermeiros e odontólogos da atenção primária à saúde, valorizando a aprendizagem significativa e a problematização como concepções pedagógicas. O objetivo desse estudo foi conhecer as experiências de educação permanente em saúde, bem como as facilidades e dificuldades, para a organização do processo de trabalho cotidiano na perspectiva dos profissionais-egressos desse curso. A metodologia proposta foi um estudo descritivo com abordagem qualitativa, desenvolvido por meio de entrevistas, em um roteiro semiestruturado, aos profissionais-egressos desse curso e que atuam na Estratégia de Saúde da Família das microrregiões de Viçosa/MG e Ponte Nova/MG. Essas entrevistas foram gravadas em áudio, transcritas e analisadas pelo conteúdo na modalidade temática proposto por Bardin. O resultado despontou um movimento de ações que estão sendo realizadas a fim de trabalharem a Educação Permanente em Saúde como: capacitações para a equipe, reuniões para a organização do processo de trabalho e as ações de educação em saúde. Entre as facilidades observadas foi notória a colaboração do curso de especialização como potencial na provocação de mudanças no cotidiano do processo de trabalho destes sujeitos de pesquisa. Além disso, as parcerias realizadas, citando como exemplo a instituição formadora, a Universidade Federal de Viçosa; o trabalho em equipe e a vinculação dos profissionais com o município e comunidade. Quanto às dificuldades, foram destacadas: a sobrecarga dos profissionais da enfermagem; a desorganização do processo de trabalho da equipe; a falta de motivação de alguns

profissionais; a falta de integração da equipe de saúde bucal com os outros integrantes da equipe; e a manutenção das concepções do antigo modelo. Vale ressaltar que ainda são incipientes as ações para o controle social incorporado ao processo de educação permanente em saúde. Esperamos que esse estudo possa contribuir para a consolidação do processo da educação permanente em saúde, além de trazer contribuições ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família e demais processos educativos similares vigentes no Brasil e no mundo. Assim, favorecendo essa reflexão permite o (re) conhecimento da educação permanente em saúde como política que orienta a formação e a qualificação destes trabalhadores, apoiando os processos de mudança e a implantação da Reforma Sanitária e a construção do Sistema Único de Saúde, para um melhor atendimento às necessidades de saúde dos cidadãos.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde. Saúde da família. Educação permanente. Formação de recursos humanos. Educação à distância.

ABSTRACT

Since the 8th National Health Conference held in Brazil in 1986, it has been a constant cause of concern the training and education of health professionals. It is necessary to modify the way these professionals work in order for the social paradigm (the expansion of the concept of health) to transcend the hegemonic paradigm (hospital-centric, and bio-medical, focused on the disease). In obtaining this change, the concept of Permanent Health Education arises. This modality recognizes that it is in the everyday practice that the professional has the potential of reflecting on their work, in addition to collaborating to the organization of the staff's work procedures. The Family Health Basic Attention Specialization Course of the Federal University of Viçosa brings this educative modality as a guiding axis for the teaching-learning process of the medical students, the nurses, and the dentists of the primary health care, valuing significant learning and problem solving as pedagogical concepts. The objective of this study was to understand the PHE experiences, as well as the difficulties and conveniences in organizing the work procedures from the perspective of the course's departed professionals. The proposed methodology was a descriptive study with a qualitative approach, in which data was collected from semi-structured interviews taken by the professionals that have left this course and are now working at the Family Health Strategy in the micro-regions of Viçosa/MG, and Ponte Nova/MG. These interviews were recorded on audio, transcribed, and analyzed for the content in the thematic modality, following the reference methodology proposed by Bardin. The results inspired actions that lead to the use of the PHE: the training of the FHS professionals, meetings were made to organize the modus operandi and the execution of health education. Amongst the conveniences found, it was noteworthy the contribution of the specialization course as a stimulator for changes in the work processes of these test subjects. Other conveniences that emerged from the study were the partnerships that were created (e.g. FUV), the teamwork, and the linking between the professionals with the city and the community. The prominent difficulties were: the overburden on the nurses; the disorganization of the work processes of the FHS staff; the lack of motivation of some of the professionals that worked in the FHS; a lack of integration of the dentist staff with the

other team members; and the maintenance of the old model's concepts. It deems mentioning that the actions for the social control incorporated into the PHE have only just begun. We hope that this study contributes to the consolidation of the PHE process, as well as bring contributions to the FHBASC, and to similar educative processes active today in Brazil and throughout the world. Favoring this idea allows for the recognition of the PHE as a policy that guides the education and the qualification of these professionals, supporting the processes of change, the implementation of the Sanitary Reform, and the construction of the Unified Health System, to better attend the needs of the citizens' health.

Key-words: Primary health care. Family health. Continuing education. Training human resources. Distance education.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

QUADRO 1 – Principais diferenças entre Educação Continuada e Educação Permanente segundo aspectos-chave.....	28
FIGURA 01 – Mapa da Macrorregião Leste do Sul (Ponte Nova).....	40
FIGURA 02 – Mapa da Microrregião de Viçosa.....	41
FIGURA 03 – Mapa da Microrregião de Ponte Nova.....	42

LISTA SIGLAS E ABREVIATURAS

OMS - Organização Mundial de Saúde

OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde

CNS - Conferência Nacional de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

PSF - Programa Saúde da Família

ESF - Estratégia Saúde da Família

NESCON - Núcleo de Educação em Saúde Coletiva

UFMG - Universidade Federal de Minas Gerais

FM-UFMG – Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais

CEABSF - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família

EAD - Educação à Distância

CAED - Centro de Apoio à Educação à Distância

MG - Minas Gerais

UNA-SUS – Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde

MEC - Ministério da Educação

MS - Ministério da Saúde

BNDES - Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social

UAB - Universidade Aberta do Brasil

EPS - Educação Permanente em Saúde

PNEPS - Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

PRO-SAÚDE - Programa de Reorientação da Formação Profissional em Saúde

PET-SAÚDE - Programa de Educação Tutorial em Saúde

IDA - Integração Docente Assistencial

DEM - Departamento de Medicina e Enfermagem

UFV - Universidade Federal de Viçosa

UFVJM – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

SF - Saúde da Família

AB - Atenção Básica

NOB - Norma Operacional Básica

ESB - Equipe de Saúde Bucal

NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família

PNAB – Política Nacional da Atenção Básica

EP – Educação Permanente

UNESCO - Organização das Nações Unidas para educação, ciência e cultura

EC – Educação Continuada

APS – Atenção Primária à Saúde

Polos-SF – Polos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para Saúde da Família

PNEPS – Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

SGTES – Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde

Polos-EP – Polos de Educação Permanente

CIES – Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço

CGRs – Colegiados de gestão regional

PAREP – Plano Regional de Educação Permanente

CIB – Comissão Intergestora Bipartite

CEFPEPE – Curso de Especialização em Formação Pedagógica do profissional de Enfermagem

CREF-MG – Conselho Regional de Educação Física de Minas Gerais

NAIPE – Núcleo de Apoio Interdisciplinar Pedagógico

TAD – Tutor à Distância

TP – Tutor Presencial

UD – Unidade Didática

TCC – Trabalho de Conclusão de Curso

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

CEP – Comitê de Ética e Pesquisa

PAB – Piso da Atenção Básica

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	17
2	OBJETIVOS	23
3	REFERENCIAL TEÓRICO	24
3.1	Estratégia Saúde da Família	24
3.2	Educação Permanente em Saúde	26
3.3	Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família	34
4	MATERIAL E MÉTODOS	40
4.1	Local de Estudo	40
4.2	O Método	42
4.3	Coleta de dados	44
4.4	Análise dos dados	44
4.5	Aspectos éticos	46
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	47
5.1	Caracterização dos sujeitos	47
5.2	A Educação Permanente em saúde na visão dos profissionais egressos do CEABSF	48
5.2.1	Ações percebidas como Educação Permanente em Saúde	48
5.2.2	Facilidades na aplicação da Educação Permanente em Saúde	55
5.2.3	Dificuldades na aplicação da Educação Permanente em Saúde	65
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	75

REFERÊNCIAS.....	77
APÊNDICES.....	83
ANEXO.....	90

1. INTRODUÇÃO

A atenção à saúde com ênfase nos cuidados primários se deu a partir da realização da Conferência de Alma-Ata (1978), com o lançamento pela Organização Mundial de Saúde (OMS) do programa: “Saúde para todos no ano 2000”. Essa proposta culminou em uma reorientação da organização dos serviços de saúde, dando importância à promoção da saúde e prevenção das doenças. Estudos foram realizados, nesta mesma década, pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) no intuito de discutir a formação dos profissionais de saúde, identificando a necessidade de transformação do processo de formação que, por sua vez, impactasse as práticas da saúde, de forma coletiva e multidisciplinar, favorecendo o intercâmbio de saberes e experiências, em uma dinâmica de grupo (HADDAD; ROSCHKE; DAVIVI, 1994).

A necessidade de criação de uma proposta de formação para os profissionais de saúde, no Brasil, foi observada, inicialmente, na 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em 1986, conforme consta em seu relatório, de acordo com as discussões do momento político e a situação do sistema de saúde vigente que era de:

inadequada formação de recursos humanos tanto em nível técnico quanto nos aspectos éticos e de consciência social, associada à sua utilização em condições insatisfatórias de remuneração e de trabalho. (BRASIL, 1986, p.6)

Neste mesmo relatório, foi indicada a necessidade de capacitação e reciclagem permanente relacionada à política de recursos humanos no sistema nacional de saúde, conforme as reformulações discutidas na 8ª CNS. Essa indicação ressaltava novas reflexões do conceito de saúde e reformulação do sistema de saúde, resultando na criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988, por meio de uma política de Reforma Sanitária (BRASIL, 1986).

O momento político e a inquietação para mudança no sistema nacional de saúde da época apontaram para a necessidade de estruturar a formação dos

profissionais de saúde para atender a mudança do modelo assistencial preconizado após a Constituição de 1988 e criação do SUS. Essa necessidade foi ainda mais reforçada pela criação do Programa de Saúde da Família (PSF), em 1994, que se tornaria em 2006 a Estratégia de Saúde da Família (ESF), uma estratégia de reorganização do modelo assistencial do SUS. A rápida expansão das equipes de ESF fez emergir uma grande demanda de profissionais de saúde com necessidades de novos conhecimentos, habilidades e atitudes a partir da nova proposta de modelo de atenção à população. O grande desafio posto localizava-se na dicotomia existente entre o paradigma hegemônico (hospitalocêntrico e biomédico, centrado na doença) e o paradigma social (com a ampliação do conceito de saúde e seus determinantes sociais).

Os determinantes sociais da saúde correspondem a um conjunto de fatores pessoais, sociais, econômicos e ambientais de uma sociedade e se relacionam com as condições de vida e trabalho de seus membros, incluindo também a trama de rede sociais e comunitárias que determinam o processo saúde-doença dos indivíduos e populações (COTTA et al., 2013).

As novas concepções de saúde articulando e sendo determinada pelas condições de vida do indivíduo e do coletivo, conforme Mendes (2006, p.237) menciona:

Saúde é, então, resultado de um processo de produção social que expressa a qualidade de vida de uma população, entendendo-se qualidade de vida como uma condição de existência dos homens no seu viver cotidiano, um “viver desimpedido”, um modo de “andar a vida” prazeroso, seja individual, seja coletivamente. O que pressupõe determinado nível de acesso a bens e serviços econômicos e sociais.

Carvalho e Buss (2008, p. 154) definem saúde como:

[...] produto de um amplo espectro de fatores relacionados à qualidade de vida, como padrões adequados de alimentação e nutrição, habitação e saneamento, trabalho, educação, ambiente físico limpo, ambiente social de apoio a famílias e indivíduos, estilo de vida responsável, um espectro adequado de cuidados de saúde.

Esse ensejo fez suscitar reflexões sobre “um novo” processo de trabalho dos profissionais de saúde já que este reflete o modelo assistencial, logo determinando as ações de saúde.

Paralelamente a todo esse percurso histórico, surge em 1983 o Núcleo de Educação em Saúde Coletiva e Nutrição (NESCON) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). O NESCON desde sua criação apresenta uma preocupação e compromisso com a formação e qualificação de recursos humanos na área de saúde. O histórico do NESCON remonta ao projeto político de construção de um modelo de assistência à saúde equânime, democrático e universal no Brasil. Entre as linhas de atuação sempre esteve presente a orientação multidisciplinar: abordagem que tem sido viabilizada pela participação de profissionais do SUS, ao lado de professores, estudantes e pesquisadores de departamentos da Faculdade de Medicina (FM-UFMG) e de outras unidades da UFMG. Possui como missão contribuir para o processo de consolidação do SUS no país, atuando junto a gestores e profissionais auxiliando nos processos de gestão da atenção à saúde, na pesquisa aplicada e na qualificação educacional, da graduação à educação permanente (NESCON, 2012).

Desde 1994, com a criação e expansão das equipes de PSF no país, ocorreu também consequente aumento do número de profissionais que demandavam qualificação para o exercício desse específico trabalho. O NESCON assumiu, desde então, inúmeros projetos que visassem esse objetivo. Com a necessidade constante e cada vez maior de oferta de qualificação desses trabalhadores, verificou-se a importância de se repensar o processo de formação e capacitação destes profissionais.

É iniciado assim em 2008, O Programa Ágora pelo NESCON. O Ágora é responsável pelo Curso de Especialização em Atenção em Básica em Saúde da Família (CEABSF), uma pós-graduação na modalidade de Educação a Distância (EAD), interdisciplinar, que articula ensino - pesquisa - extensão em parceria com as faculdades de Odontologia, Educação e Medicina, Escola de Enfermagem, a Cátedra UNESCO de Educação Continuada e o Centro de Apoio à Educação a

Distância (CAED). Posteriormente outra unidade acadêmica uniu-se ao grupo: a Faculdade de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Esse curso de especialização visa capacitar médicos, enfermeiros e cirurgiões dentistas vinculados à estratégia de saúde da família de Minas Gerais (MG) e demais estados brasileiros. Este programa faz parte das estratégias e objetivos da Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) atendendo à demanda de formação em educação permanente do SUS, apoiado pelo Ministério da Educação (MEC) e Ministério da Saúde (MS), em parceria com o Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES). As vagas para o curso eram oferecidas inicialmente para oito Polos Municipais de Apoio Presencial à Educação Superior, vinculados à Universidade Aberta do Brasil (UAB), sendo incluído posteriormente mais três (NESCON, 2013).

Em todo o desenvolvimento do curso, o conceito de Educação Permanente em Saúde (EPS) foi marcante nos módulos. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) foi instituída pela Portaria nº 198/GM de 13 de fevereiro de 2004, como estratégia do SUS para formação e qualificação dos trabalhadores do setor da saúde. Como medida de auxílio para essa política foi publicado o Decreto nº 7.385, de 8 de dezembro de 2010, que instituiu o UNA-SUS, que tem como um dos objetivos “proporcionar ações visando atender às necessidades de capacitação e educação permanente dos trabalhadores do SUS” (BRASIL, 2010 p.1; BRASIL, 2004; GRILLO, 2012).

O CEABSF, através de seus módulos, propõe a EPS partindo do reconhecimento de que:

[...] é no trabalho que o sujeito põe em prática a capacidade de auto-avaliação, de investigação, de trabalho colaborativo em equipe, de identificação da necessidade de conhecimentos complementares. Considera, ainda, que é no cotidiano que o trabalhador formula temas para os quais necessita de aperfeiçoamento ou atualização, em uma perspectiva de transformação do seu saber e do seu fazer. E, na mesma lógica, pressupõe ações articuladas com os níveis de gestão e as instituições formadoras de recursos humanos. Isto é, reconhece que EPS é um processo contínuo, coletivo e institucional de reflexão sobre a organização, as ações e os resultados do processo de trabalho, que deve resultar em transformação da realidade do trabalho e da saúde da população (VASCONCELOS;GRILLO;SOARES, 2009, p.25-26).

Algumas propostas iniciais de EPS ocorreram nas décadas de 1970 e 1980 a partir de experiências com o objetivo de repensar a prática e formação profissional. Destaca-se a estratégia de Integração Docente Assistencial (IDA) que era defendida por profissionais de serviço e instituições de ensino. Alguns anos depois, em 1985, essa proposta se consolidou em uma rede de projetos de integração ensino-serviço, denominada Rede IDA, sediada na UFMG, sob a coordenação de docentes da Escola de Enfermagem e da Faculdade de Medicina, com apoio da Fundação W.K. Kellogg Foundation. Posteriormente, na década de 1990, a Rede IDA incorporou o Programa UNI (Uma Nova Iniciativa na Formação dos Profissionais de saúde: União da Comunidade), consolidando a instituição Associação Brasileira Rede Unida, que agrupou universidade/serviços/comunidade, com a intenção de modificar a formação dos profissionais de saúde e na consolidação do SUS, com a participação social forte e eficaz.

Nos últimos dez anos, a edição de uma série de programas de iniciativas à EPS tem-se destacado, como o Programa de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRO-SAÚDE) e o Programa de Educação Tutorial em Saúde (PET-SAÚDE) propostas de reorientação dos cursos de graduação na área da saúde, de modo a aproximá-los da realidade vivida nos serviços de atenção primária mediante a ênfase em problemas mais comum de saúde e no entendimento ampliado do processo saúde doença, conforme determinam as bases atuais da PNEPS (GRILLO, 2012; AGUIAR, 2010).

Stroschein e Zocche (2012) discutem o conceito de EPS apontando para um cenário onde atores multiprofissionais (profissionais, usuários e gestores) estarão envolvidos em uma metodologia problematizadora, com o objetivo de solucionar situações-problemas presentes no processo de trabalho da equipe. Isso ocorre a partir de reflexões críticas, no intuito de consolidar as propostas do SUS. A EPS pressupõe que o aprender e o ensinar devem estar contidos na prática dos profissionais de saúde.

Grillo (2012) considera que é no dia a dia que o conhecimento pode ser aprendido, construído e reconstruído, ressignificado na prática, reafirmando ou mudando comportamentos. Desta forma, é neste contexto do trabalho em saúde, um

espaço privilegiado de aprendizagem, que os processos educativos devem ser sistematizados, com o objetivo de promover reflexão sobre a teoria e prática.

Diante disso, o interesse em pesquisar esse tema partiu das experiências da autora dessa pesquisa tanto como enfermeira na ESF Mato do Engenho de Curvelo/MG, como tutora do CEABSF, desde a implantação, em 2008, recentemente como professora substituta do Departamento de Medicina e Enfermagem (DEM) da Universidade Federal de Viçosa (UFV) e mestranda do programa Ensino em Saúde da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM). Assim, exercer esses trabalhos como enfermeira de saúde da família, tutora de EAD, mestranda e docente contribuiu de forma significativa para tecer reflexões importantes sobre a relação intrínseca entre a educação permanente em saúde e o processo de trabalho em saúde dos egressos do CEABSF. Essas reflexões reconfiguravam-se em inquietações que se transformaram nas perguntas dessa pesquisa: Quais as ações de EPS são realizadas pelos egressos do CEABSF na organização do processo de trabalho para resolverem os problemas de saúde-doença da comunidade? Quais as facilidades e dificuldades encontradas pelos egressos do CEABSF em aplicar a EPS na organização do processo de trabalho da sua equipe?

O trabalho identificou as experiências desses sujeitos da pesquisa sobre a EPS, bem como as dificuldades e as facilidades encontradas para o seu desenvolvimento na organização do processo de trabalho. Os achados desvelados nessa dissertação trazem contribuições não somente para aprimoramento do CEABSF, mas também para os demais processos educativos similares vigentes hoje no Brasil e no mundo. Isso pode ser possível através do incremento de novas ferramentas pedagógicas que potencializem as facilidades e minimizem as dificuldades para a discussão e aplicação da EPS no processo de trabalho da equipe. Assim, favorecer essa reflexão permite o (re) conhecimento da EPS como política que orienta a formação e a qualificação destes trabalhadores, apoiando os processos de mudança e a implantação da Reforma Sanitária e a construção do SUS, para um melhor atendimento às necessidades de saúde dos cidadãos.

2 OBJETIVOS

Geral. :

Conhecer as experiências dos profissionais da ESF egressos do CEABSF no tocante às práticas de EPS na organização do processo de trabalho.

Específicos:

- Identificar as ações de EPS realizadas pelos egressos do CEABSF para a organização do processo de trabalho de sua equipe;
- Apontar as facilidades e dificuldades dos profissionais da ESF para a execução da proposta de EPS na organização do processo de trabalho.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Estratégia de Saúde da Família

A raiz da ESF inicia secundariamente a partir de bons resultados da experiência de um programa com agentes comunitários de saúde no fim da década de 1980, no estado brasileiro Ceará. Em 1991, essa proposta tornou-se uma política de governo sendo nomeado Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Esse programa institui a aproximação e vigilância em saúde da população de municípios com grande extensão. Na mesma linha do PACS, exemplos semelhantes foram observados no Canadá, em Cuba e na Inglaterra. Assim, a Saúde da Família (SF) foi a estratégia escolhida para a reorganização da Atenção Básica (AB) no Brasil. Criada como programa do MS em 1994, e enfatizada pela Norma Operacional Básica do SUS nº 01 de 1996 (NOB 96) como eixo estruturante do SUS, a ESF foi reafirmada como estratégia político-institucional de reorientação de modelo de assistência no ano de 2006 (FARIA et al., 2010).

A ESF busca a adoção de uma prática de cuidado integral e humanizada, pautada em ações, individuais e coletivas, de proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde dos cidadãos, para todas as fases da vida, do nascimento até a velhice. A sua finalidade é impactar a situação de saúde e autonomia das pessoas e os determinantes e condicionantes de saúde das coletividades, tendo o indivíduo família e comunidade, como sujeitos do processo do cuidado, em sintonia com os princípios do SUS, principalmente a universalidade, equidade da atenção, da integralidade das ações e participação popular (FARIA et al., 2010; BRASIL, 2012).

Financiadas com recursos do MS, estados e municípios, as equipes multiprofissionais atendem a um conjunto definido de famílias em território determinado a partir do cadastro familiar (BRASIL, 2012).

Inicialmente implementada com uma equipe mínima composta por: um médico, um enfermeiro, um ou dois técnicos/auxiliares de enfermagem e de seis a dez agentes comunitários de saúde (ACS). A equipe de saúde bucal (ESB) foi formalizada e regulamentada posteriormente através das Portarias 1.444/GM/2000 e 267/GM/2001 do MS (BRASIL, 2000; BRASIL, 2001; BRASIL, 2012).

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) também foi inserido neste contexto pela portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008 e regulamentado pela Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, com o objetivo de ampliar a oferta de saúde na rede de serviços, configuram-se como equipes multiprofissionais que atuam de forma integrada com as equipes de Saúde da Família com o objetivo de apoiar a consolidação da Atenção Primária à Saúde (APS) (BRASIL, 2008; BRASIL, 2011).

Atualmente, o Brasil conta com 38.156 equipes de SF implantadas, sendo o estado de MG responsável por 4.921 equipes (MS/SAS/DAB, 2014).

O estabelecimento de vínculos entre as equipes de saúde e as populações assistidas propicia a continuidade do cuidado das pessoas com um resultado positivo para a população, a partir da postura mais ativa desses serviços, através de uma escuta qualificada frente aos riscos e danos da sua clientela adscrita (FARIA et al., 2010).

Além do seu caráter substitutivo, assume a porta preferencial de entrada do sistema de saúde regionalizado e hierarquizado, com garantia dos direitos à informação e ações integrais aos cidadãos, a partir de alterações no processo de trabalho e enfrentamento dos problemas da população.

O trabalho em equipe é outro princípio fundamental das equipes de ESF, pois a partir desse momento a responsabilidade pelos problemas da comunidade é de todos os atores pertencentes à equipe multiprofissional, não deixando de enfatizar também a fundamental participação do usuário no processo de corresponsabilidade pela sua saúde. Isso determina a necessidade de posturas diferenciadas de escuta,

conhecimento e respeito por parte da equipe a fim de somar saberes para a resolutividade das demandas da população, sejam elas individual ou coletiva.

Porém, muitos são os problemas a serem enfrentados para a consolidação do SUS, por meio da ESF. Dentre os desafios, a formação dos profissionais de nível superior em saúde se destaca. Isso se deve à constatação de que muitos trabalhadores foram e ainda são formados, tendo como base princípios que caracterizam o antigo modelo curativista e biomédico que se pretende superar.

A Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) afirma que para que ocorra a consolidação e aprimoramento da AB como importante reorientadora do modelo de atenção à saúde no Brasil, faz-se necessário um saber e um fazer em educação permanente “encarnado” na prática concreta dos serviços de saúde, constituindo na qualificação das práticas de cuidado, gestão e participação popular (BRASIL, 2012).

Logo, exige uma reflexão permanente do serviço e do processo de trabalho nas equipes, exigindo dos seus atores (trabalhadores, gestores e usuários) maior capacidade de análise, intervenção e autonomia para o estabelecimento de práticas transformadoras, para a gestão das mudanças e para o estreitamento dos elos de concepção e execução do trabalho (BRASIL, 2012).

3.2 Educação Permanente em Saúde

O conceito de educação realizada no serviço, remota à lógica econômica, com o sentido de reciclagem, treinamento ou adiestramento, sendo o trabalhador visto como elemento descartável, reciclável e alienado do processo de trabalho. A partir do processo de industrialização e fortalecimento do capitalismo o aperfeiçoamento passou a ser incentivado, mas visando o caráter lucrativo das empresas (GRILLO, 2012).

O termo de Educação Permanente (EP) aparece pela primeira vez na França, em 1955, em um projeto de reforma de ensino, utilizada por Pierre Furter. Essa

educação tinha a tarefa de dar continuidade à formação fora da escola, prolongando-se por toda a vida. Posteriormente, a Organização das Nações Unidas para educação, ciência e a cultura (UNESCO) inseriu esse conceito de EP em vários países como um modelo diferenciado de educação para adultos (PAULINO, 2008).

No setor da saúde, no fim da década de setenta, um movimento mundial estava acontecendo, a partir da necessidade de novas demandas pela saúde e mudanças no modelo assistencial de saúde, em que o modelo hegemônico vigente (hospitalocêntrico, curativo e biomédico) não respondia mais às demandas de saúde das populações. Na época, eram realizadas discussões sobre a ampliação do conceito de saúde, não mais como sinônimo de ausência de doença, mas observando e considerando outros fatores que influenciam no estado de saúde, como os fatores condicionantes e determinantes sociais. Essas pontuações repercutiram sobre a inadequação dos recursos humanos frente às mudanças pretendidas e discutidas na Conferência de Cuidados Primários em Saúde realizada em Alma-Ata (1978), e na Conferência de Otawa (1986), sendo a primeira que abordou o tema Promoção da Saúde nos Países Industrializados.

Em 1986, ao fim da 8ª CNS, o Brasil apresenta um relatório final em consonância com o período e cenário para discussão do sistema nacional de saúde. Esse relatório apresenta como um de seus destaques a necessidade de adequação da formação ou qualificação para os recursos humanos da saúde a fim de estarem condizentes às mudanças pretendidas e caracterizadas pelo Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (BRASIL, 1986).

Atrelado a esse acontecimento, surge a necessidade de propor uma alternativa capaz de responder ao esgotamento do modelo da 'educação continuada' (EC), caracterizada pela atualização de conhecimentos específicos por meio de capacitações pontuais para determinadas categorias profissionais. Destarte, no fim dos anos 1980, a OPAS, a partir das inquietações mundiais, indicou a necessidade de mudança na lógica das práticas educativas a partir da necessidade das transformações dos modelos de saúde priorizando a Atenção Primária à Saúde (APS), definindo o conceito de EPS como:

[...] processo permanente, que tem o trabalho como eixo educativo, fonte de conhecimento e objeto de transformação, que privilegia a participação coletiva e multidisciplinar, e que favorece a construção dinâmica de novo conhecimento por meio da investigação, do manejo analítico da informação e o intercâmbio de saberes e experiências (HADDAD; ROSCHKE; DAVINI, 1994,p.xviii).

Grillo (2012) relata que a EPS e a EC se distinguem no foco dado ao processo de trabalho, sendo que na EC o local de trabalho é considerado como espaço onde a teoria deve ser aplicada, sendo a prática profissional autônoma e com o objetivo central do aperfeiçoamento de temas de especialidades ou de interesse pessoal, de forma esporádica, sendo ministrada por processos de transmissão de conhecimento. A EC é um processo permanente que considera satisfatórios os processos educativos de acúmulo de informações.

Os principais pontos das diferenças entre EC e EP foram sistematizados e ilustrados em um quadro por Mancia, Cabral e Koerich (2004), onde estes atribuem os seguintes aspectos:

Aspectos	Educação Continuada (EC)	Educação Permanente (EP)
Público - Alvo	Uniprofissional	Multiprofissional
Inserção no mercado de trabalho	Prática autônoma	Prática institucionalizada
Enfoque	Temas de especialidades	Problemas de saúde
Objetivo principal	Atualização técnico-científica	Transformação das práticas técnicas e sociais
Periodicidade	Esporádica	Contínua

Metodologia	Pedagogia da transmissão	Pedagogia centrada na resolução de problemas
Resultados	Apropriação	Mudança

Quadro 1 – Principais diferenças entre Educação Continuada e Educação Permanente segundo aspectos-chaves

Embora a EP possa abranger diversas ações de capacitação, elas serão necessariamente parte de uma estratégia maior tendo como horizonte a mudança institucional (MATHIAS, 2010).

Ceccim (2005) em seu artigo “EPS: desafio ambicioso e necessário” destaca a EPS como processo educativo que coloca o cotidiano do trabalho em saúde em análise, conseqüentemente refletindo a formação desses profissionais, permeando as relações concretas. Estas operam realidades as quais possibilitam construir espaços coletivos para a reflexão e avaliação de sentido dos atos produzidos no cotidiano.

A EPS ao mesmo tempo em que contribui para atualização cotidiana das práticas insere-se em uma necessária construção de relações e processos que vão do interior das equipes em atuação conjunta às práticas organizacionais e às práticas interinstitucionais e ou intersetoriais (MERHY, 2005).

Portanto, a EPS deve ser vista como uma importante estratégia de gestão, como potencial provocador de mudanças dos serviços, em sua micropolítica, próxima dos efeitos concretos das práticas de saúde na vida dos usuários, e como um processo que se dá “no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho”, conforme Mota e Ribeiro (1994 apud REVERE, 2005, p. 4).

Ceccim e Feuerwerker (2004, p. 49) definem que na EPS a prática – o trabalho - “informa e recria a teoria necessária, recriando a própria prática”.

Mehry (2005) aponta que não pode haver separação entre educação em saúde e trabalho em saúde, pois um produz o outro, tanto para a construção da

competência para o trabalhador quanto para a expressão de seu lugar enquanto sujeito-ético-político produtor de cuidado, que impacta no modo de viver do outro, material e subjetivamente constituído (o usuário, individual e/ou coletivo).

Vale destacar a lógica da EPS enquanto um processo descentralizador, ascendente e transdisciplinar. A partir da promoção da democratização institucional no desenvolvimento da capacidade da aprendizagem, da capacidade da docência e de enfrentamento criativo das situações de saúde, é possível a constituição de práticas técnicas críticas, éticas e humanísticas (BRASIL, 2003).

Segundo Grillo (2012) os sistemas de saúde e educação devem estar articulados a fim de privilegiarem a EPS para permitir a reflexão crítica do processo de trabalho pelos profissionais de saúde inclusive sobre o modelo de atenção à saúde proposto.

Para Motta, Buss e Nunes (2001) a idéia de que os processos educacionais são contínuos e permanentes é muito antiga, porém somente no início do século XX é que organizaram formalmente os programas de educação continuada. Porém, apesar do consenso crescente no mundo, várias são as dificuldades, conceituais, metodológicas e contextual, de se implantar e implementar programas efetivos que respondessem à necessidade de qualificação apontadas pela dinâmica do trabalho no desenvolvimento de competências. Segundo Motta, Buss e Nunes (1991 apud TANGUY, 2001, p. 2) competência esta que vem de encontro com a proposta de EPS como a

capacidade de articular e mobilizar conhecimentos, habilidades e atitudes, colocando-os em ação para resolver problemas e enfrentar situações de imprevisibilidade em uma dada situação concreta de trabalho e em um determinado contexto de culturas.

Mediante a relevância da EPS, no fim da década de 1990, o MS criou os Polos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal (Polos-SF) envolvendo as universidades e os serviços de saúde no intuito de reforçar o movimento de reflexão sobre a formação de um perfil de profissionais capazes de

desenvolver a proposta da SF através de um curso introdutório sobre o SUS, APS e PSF (GRILLO, 2012).

Em 2004, com a iniciativa da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SEGTES), os antigos Polos-SF foram substituídos pelos Polos de Educação Permanente em Saúde (Polo-EP), a partir da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) instituída por meio da portaria GM nº 198/2004. A intenção foi que os Polos-EP funcionassem como dispositivos do SUS para a promoção de mudanças nas práticas de saúde e de educação em saúde, através de rodas de debate e construção coletiva. Por meio da estratégia de problematização das realidades locais, envolvendo os diversos segmentos e atores que atuam no setor da saúde a questionarem o seu modo de agir, o trabalho em equipe, a qualidade da atenção individual e coletiva e a organização do sistema como rede única. Essa mudança foi necessária a partir da reflexão das experiências anteriores e por não terem conseguido desafiar os distintos atores para uma postura de mudança e problematização das suas práticas, por se apresentarem desarticuladas ou fragmentadas (BRASIL, 2003; BRASIL, 2004).

As bases atuais da PNEPS foram lançadas em 2007, quando foi editada a Portaria, nº 1.996 de 20 de agosto do ano referido, que trouxe duas grandes novidades: as Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES) – que já eram previstas pela Lei Orgânica de 1990 e substituíram os Polos –, e os Colegiados de Gestão Regional (CGRs), criados pela Portaria 399, correspondendo a lógica da regionalização. As CIES ficaram responsáveis pela elaboração do Plano Regional de Educação Permanente em Saúde (PAREP) nos quais serão apresentadas e submetidas a aprovação das Comissões Bipartites (CIB) para homologação. Vale destacar que nesta perspectiva da regionalização, o financiamento também foi modificado, pois os recursos para as ações são definidos no Pacto de Gestão do SUS, um dos três pilares do Pacto pela Saúde, através do Bloco de Financiamento da Gestão. Logo, a partir de repasses regulares, as ações educativas não se apresentarão como projetos isolados, mas a partir de um plano integrado de educação. Dessa forma, a educação permanente entra na agenda da gestão do SUS (BRASIL, 2004; BRASIL, 2007; MATHIAS, 2010).

Em dezembro de 2010, a partir do decreto nº 7.385, foi oficialmente instituído o Sistema Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS) com o objetivo de propor ações de capacitações e EPS; incentivar e orientar a oferta de cursos e programas de especialização, aperfeiçoamento e outras espécies de qualificação, pelas instituições que integram a Rede UNA-SUS; fomentar e apoiar a disseminação de meios e tecnologias de informação e comunicação que possibilitem ampliar a escala das atividades educativas; contribuir para a redução das desigualdades regionais na oferta para cursos e EP; e contribuir com a integração ensino-serviço na área da atenção à saúde. A Plataforma Arouca é outro instrumento importante da UNA-SUS, pois constitui um banco de dados com informações sobre os profissionais de saúde que atuam no SUS, sendo pretensão de se tornar um sistema nacional de informação da formação técnica, graduação, pós-graduação, como proposto na PNEPS (BRASIL, 2010; GRILLO, 2012).

A partir da PNEPS, o MS propôs a EPS como estratégia de transformação das práticas de formação, de atenção, de gestão, de formulação de políticas, de participação popular e de controle social na saúde, baseada na aprendizagem significativa e na problematização (BRASIL, 2007).

A aprendizagem significativa acontece quando o aprender é novo e significativo, geralmente respondendo a uma pergunta nossa e/ou quando o conhecimento novo é construído a partir de um diálogo com o conhecimento prévio, acumulando e renovando as experiências. Assim, é diferente da aprendizagem mecânica com acumulação de conteúdos (BRASIL, 2003; BRASIL, 2005).

A problematização tem origem nos movimentos de educação popular ocorridos no fim dos anos 1950 e início da década de 1960, sendo interrompidos pelo Golpe Militar de 64 e retomados nas décadas de 1970 e 1980. Nesta pedagogia, a educação é uma atividade na qual alunos e professores são mediados pela realidade que aprendem e da qual extraem o conteúdo da aprendizagem, atingindo um nível de consciência que gera transformações. Significa refletir sobre determinadas situações, questionando fatos, fenômenos e ideias, compreendendo

os processos e propondo soluções, o que vai ao encontro da proposta da EPS (BRASIL, 2003; BRASIL, 2005).

A proposta de Paulo Freire inicialmente utilizada na alfabetização de adultos, parte do estudo da realidade do educando e da organização dos dados do educador, onde nesse processo as temáticas surgem da problematização da prática da vida dos educandos, sendo que o ato educativo deve ser sempre um ato de recriação, de ressignificação de significados, conforme a aprendizagem libertadora (MANCIA; CABRAL; KOERICH, 2004).

Os processos educativos e de qualificação dos profissionais devem ser orientados e pautados nas necessidades da população, a partir das demandas da equipe de saúde e ou do controle social. Esses processos objetivam autoavaliar as práticas para saberem se estão sendo integrais e de qualidade, quais as causas das dificuldades e como modificar o processo de trabalho para que os serviços prestados ganhem qualidade e satisfação do usuário com a atenção prestada. Dessa forma, a EPS pode ser uma estratégia potente para transformação das práticas em saúde, pois possibilita a reflexão sobre o fazer cotidiano (BRASIL, 2005).

O resultado esperado com a EPS é a democratização dos espaços de trabalho; o desenvolvimento da capacidade de aprender e ensinar de todos os atores envolvidos; a busca de soluções criativas para problemas encontrados e conseqüentemente a melhoria permanente da qualidade do cuidado à saúde; e a humanização do atendimento (UFMG, 2012).

Não basta ter uma opção teórico-conceitual para o desenvolvimento de programas educacionais, é necessário reconhecer a importância do locus de trabalho, bem como as relações sociais existentes neste contexto, com vários atores, de diferentes intencionalidades, concretizando-se em um espaço de conflito (MOTTA, BUSS, NUNES, 2001).

Importante e desafiadora estratégia para a EPS, a Educação a Distância (EAD) foi formalizada como modalidade regular integrante na educação nacional a

partir da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Brasileira (LDB) em dezembro de 1996. A sua regulamentação ocorreu por meio do decreto nº 2.494, de 10 de fevereiro de 1998, ampliando as oportunidades educacionais. A EAD é uma modalidade de ensino que facilita a autoaprendizagem, com a ajuda de recursos didáticos organizados, apresentados em diferentes suportes de informação, e que pode ser utilizada por diversos meios de comunicação. A integração da tecnologia de informação e de comunicação (TIC), a partir do uso da internet, colocou a EAD em evidência na perspectiva da democratização do conhecimento, apesar da existência ainda das diferenças regionais de acessibilidade. Vale destacar do desafio que a EAD possui, já que pode tanto permitir um processo educacional interativo e colaborativo com produção de conhecimento individual ou grupal, como apenas reforçar a habitual forma de transmissão do conhecimento. Destarte, tendo como perspectiva a EPS, a EAD oferece oportunidade de diálogo e cooperação entre os profissionais dos serviços, atenção, formação e controle social para a solução dos problemas identificados na vivência do SUS, bem como a consolidação do modelo assistencial (GRILLO, 2012; OLIVEIRA, 2007).

3.3 Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família

A partir disso, e dentro desse cenário, em 2007, foi criada uma proposta estratégia de EPS – o Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CEABSF) - por iniciativa do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva, pertencente à Faculdade de Medicina da UFMG em parceria com outras unidades da universidade (UFMG, 2012).

No CEABSF, o pré-requisito para a inserção do aluno se faz da seguinte forma: ele deve estar atuando na ESF, pois o processo de trabalho é, então, considerado elemento essencial na construção das experiências de aprendizagem propostas. Assim, a experiência prévia no desenvolvimento da estratégia de saúde da família é a base para a construção de novos conhecimentos, por meio de um

processo de ação-reflexão-ação no interior do processo de trabalho, gerando aprendizagem significativa. Esta considera o saber prévio do aluno e se estrutura na problematização necessária à compreensão do processo de trabalho (UFMG, 2012).

O CEABSF se ancora no conceito de EPS assim definida pelo Ministério da Saúde:

[...] aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. A educação permanente se baseia na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais. [...] pode ser entendida como aprendizagem-trabalho, ou seja, ela acontece no cotidiano das pessoas e das organizações. [...] Os processos de educação permanente em saúde têm como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho (BRASIL, 2009, p. 20).

O CEABSF, modalidade à distância, foi concebido para os profissionais vinculados à ESF: cirurgiões-dentistas, enfermeiros e médicos. Proposto pelo NESCON, órgão complementar da Faculdade de Medicina da UFMG, em 2007. Desde a sua concepção, contou com a participação da Faculdade de Educação da mesma instituição, vinculado à CAED. Posteriormente contou com a integração e parceria da Faculdade de Odontologia, Escola de Enfermagem e de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da UFMG (GRILLO, 2012).

O CEABSF tem o propósito de desenvolver ações interdisciplinares, interdepartamentais, interunidades e interinstitucionais, articulando ensino-pesquisa-extensão. Faz parte do projeto intitulado Programa Ágora – uma referência às praças das antigas cidades gregas onde se reuniam as assembleias do povo. Essa articulação permite acrescentar à oferta acadêmica do CEABSF em outras ações complementares, como ações de cooperação técnica com outras universidades e organismos nacionais e internacionais, desenvolvimento de projeto de capacitação de tutoria e produção de material didático em várias mídias (AGUIAR, 2010; UFMG, 2013).

O Ágora também apoia o curso de Especialização em Formação Pedagógica do profissional de Enfermagem (CEFPEPE) oferecido pela Escola de Enfermagem

da UFMG para enfermeiros ligados à docência, e atualmente, oferece o curso de Especialização em Epidemiologia: Investigação de Surtos em Serviços de Saúde (UFMG, 2013).

É uma iniciativa apoiada pelo MS, por meio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES), fazendo parte da UNA-SUS, desde 2009, além de ser também apoiada pelo MEC, via UAB. Conta com o apoio financeiro do BNDES para a produção de material instrucional. Em seu início, foi apoiado pela Rede Multicêntrica de Apoio à Especialização em Saúde da Família, já extinta (UFMG, 2013; GRILLO, 2012).

O curso foi ofertado nos Polos Municipais de Apoio Presencial à Educação Superior, vinculados a UAB, no estado de MG, situados em: Araçuaí, Campos Gerais, Corinto, Conselheiro Lafaiete, Formiga, Governador Valadares, Teófilo Otoni e Uberaba. Posteriormente, em outros municípios mineiros como os Polos de Lagoa Santa, Pompéu e Bom Despacho (UFMG, 2012).

Foram ofertadas sete turmas aos Polos da UAB, entre 2008 e 2012, sendo algumas turmas criadas a partir de demandas específicas e com apoio financeiro de alguns municípios como Belo Horizonte, Brumadinho, Diamantina e Pompéu. Outra proposta específica foi em resposta a solicitação, da Escola de Educação Física da UFMG, para educadores físicos, com criação de disciplinas optativas próprias, contou com a coordenação da referida Escola e apoio financeiro do Conselho Regional de Educação Física de Minas Gerais (CREF-MG) (GRILLO, 2012).

Do ponto de vista político, o curso é proposto como uma estratégia de contribuição para a consolidação do SUS, na lógica de priorização da AB, em especial com a ESF. Isso se deve ao fato da relevância desse nível de atenção para o sistema de saúde como um todo, respondendo pelos aspectos de prevenção de doenças e promoção da saúde, com potencial para resolução de 80% dos problemas de saúde da população. Além disso, partiu-se também da necessidade e preocupação do momento de grande expansão das equipes de SF e necessidade de qualificação, em larga escala, desses profissionais que atuavam nessas unidades (UFMG, 2012; GRILLO, 2012).

Em relação à concepção pedagógica o curso preocupou-se em destacar um dos pressupostos de Paulo Freire que “ninguém educa ninguém, e ninguém se educa sozinho; a educação deve ser um ato coletivo e solidário (UFMG, 2012, p. 12)”. Considera também que a educação de adultos-profissionais da área da saúde precisa manter focada na centralidade desse adulto e de suas vivências, inseridos no contexto da SF. A sua abordagem pedagógica leva em consideração a andragogia, em que o currículo seja elaborado a partir das necessidades e interesses deste aluno, correlacionado à responsabilidade social e política no ato de cuidar (UFMG, 2012).

Contudo, preocupou-se com a construção de materiais que mediassem a informação para que seja transformada em conhecimento e sabedoria. O desafio na produção de módulos que provocassem cognitivamente a partir de atividades de aprendizagem significativa, permitindo o desenvolvimento de novas competências, necessárias ao campo de atuação profissional e das redes de aprendizagem, que tenham como centralidade a relação sujeito e contexto (GRILLO, 2012; UFMG, 2013).

Por meio da estratégia da EAD, instituída no cenário internacional, com base no princípio da democratização da educação, o CEABSF a utilizou como recurso de superação às distâncias geográficas, e outras distâncias que se apresentam em virtude da realidade do mundo do trabalho ou das desigualdades econômicas e sociais (UFMG, 2012).

O contexto da EAD, a partir da inserção do aluno adulto, capaz de ser sujeito de seu próprio processo de aprendizagem, ao longo da vida e de forma colaborativa, vai ao encontro das concepções da especialização. Para que esse processo ocorra, foi necessário criar um ambiente de ensino-aprendizagem a partir de serviços de apoio, estratégias interativas, integração de diversas mídias, articulação dos sistemas instrucional, de tutoria, de gestão acadêmica, de monitoramento e avaliação e de informação e comunicação (AGUIAR, 2010; UFMG, 2012).

Para coordenação do Sistema de Tutoria foi criado, em 2009, um Núcleo de Apoio Interdisciplinar Pedagógico (NAIPE) responsável por planejar e atualizar as

atividades didáticas das disciplinas e no acompanhamento dos tutores temáticos à distância (TAD), que respondem pelo tutoramento dos alunos em disciplinas obrigatórias e optativas, e pelos tutores presenciais (TP), que respondem pelo apoio local que é oferecido aos alunos, principalmente nos encontros presenciais que aconteciam, mensalmente, nos Polos (GRILLO, 2012; AGUIAR, 2010).

As mediações pedagógicas construídas para o CEABSF, a fim de tornar o aluno um agente ativo do seu conhecimento, foram a utilização de: mapa contextual, mapa conceitual, encontros presenciais, momentos à distância, ambiente on-line, material impresso, material videográfico, biblioteca virtual e provas on-line (UFMG, 2012).

O curso foi construído e dividido em três unidades didáticas (UD) distintas constituindo-se dessas mediações citadas, conforme citado no guia do especialista do NESCON (UFMG, 2008, p.20-23):

- 1) UDI – Organização do Processo de Trabalho em Atenção Básica à Saúde: composta por 4 módulos obrigatórios que discutem respectivamente Processo de Trabalho, Modelo Assistencial, Planejamento e Avaliações das Ações de Saúde e Tecnologias para abordagem ao indivíduo, Família e Comunidade. Práticas Pedagógicas em Atenção Básica à Saúde.
- 2) UDII – Tópicos Especiais em Atenção Básica: composta por módulos optativos, totalizando 21 temas nas diversas áreas de saúde da criança, do adulto, do idoso, de saúde bucal, da mulher, mental, do trabalhador, iniciação à metodologia científica; dentre outras;
- 3) UDIII – Trabalho de conclusão do curso (TCC).

Essas disciplinas e cargas horárias foram pensadas para uma dedicação do aluno de pelo menos seis horas semanais para o estudo à distância, sendo previstos encontros presenciais mensais para atividades e avaliações a cada final de Unidade. A conclusão da especialização é quando o aluno consegue totalizar 24 créditos e aprovação na apresentação do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) (UFMG, 2008).

Outro pressuposto do curso foi pautado no conceito de EPS em que por meio de sua construção histórica baseada em propostas internacionais, principalmente da UNESCO, valoriza a educação de adulto. O aluno é compreendido como “capaz de ser sujeito de seu próprio processo de aprendizagem, processo esse que desenvolverá ao longo de sua vida e de forma colaborativa” (UFMG, 2008, p.15; GRILLO, 2012).

O CEABSF através de seus módulos, mais especificamente o módulo de tecnologias para a abordagem do indivíduo, família e comunidade, discute algumas práticas pedagógicas em atenção básica à saúde e também propõe a EPS, como:

parte do reconhecimento de que é no trabalho que o sujeito põe em prática a capacidade de auto-avaliação, de investigação, de trabalho colaborativo em equipe, de identificação da necessidade de conhecimentos complementares. Considera, ainda, que é no cotidiano que o trabalhador formula temas para os quais necessita de aperfeiçoamento ou atualização, em uma perspectiva de transformação do seu saber e do seu fazer. E, na mesma lógica, pressupõe ações articuladas com os níveis de gestão e as instituições formadoras de recursos humanos. Isto é, reconhece que EPS é um processo contínuo, coletivo e institucional de reflexão sobre a organização, as ações e os resultados do processo de trabalho, que deve resultar em transformação da realidade do trabalho e da saúde da população (VASCONSCELOS;GRILLO;SOARES, 2009, p.25-26).

Assim, a partir da discussão sobre a relevância da ESF e da EPS que vai ao encontro da proposta e objetivos do curso, este estudo procurou conhecer as experiências dos profissionais egressos do CEABSF no tocante às práticas de EPS na organização do processo de trabalho, em suas nas unidades pertencentes às Microrregiões de Viçosa e Ponte Nova.

4 MATERIAL E MÉTODOS

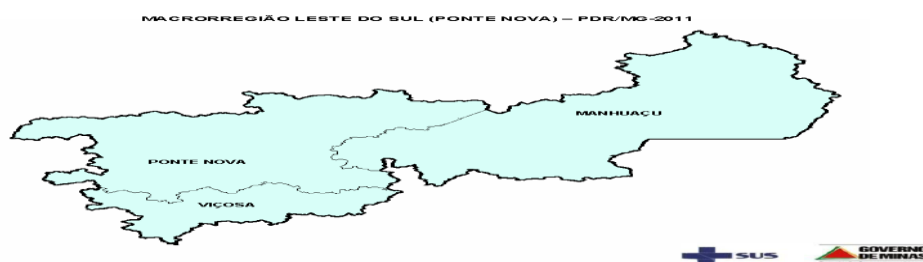
Para conhecer as experiências dos profissionais de saúde da família egressos do CEABSF, no tocante às práticas de EPS na organização do processo de trabalho, foi proposto um estudo descritivo com abordagem qualitativa. Essa modalidade de pesquisa utiliza por meio de entrevistas a revelação do universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que ocorre no espaço mais íntimo das relações, não podendo ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2012).

A pesquisa qualitativa possibilita conhecer crenças e atitudes sobre assuntos delicados, em que a relação íntima e de confiança com os sujeitos de pesquisa pode permitir o acesso do pesquisador a dados que não seriam acessíveis por métodos quantitativos (TURATO, 2011).

4.1 Local de Estudo

O estudo foi realizado no universo dos trinta municípios que compõem as microrregiões de saúde de Viçosa e de Ponte Nova. Essas microrregiões pertencem à “Macrorregião de Saúde Leste do Sul” (Figura 1) que é uma das treze Macrorregiões de Saúde do Estado de Minas Gerais, pertencentes à Zona da Mata Mineira.

Figura 1 - Mapa da Macrorregião Leste do Sul (Ponte Nova).



Fonte: PDR/MG-2011

A microrregião de Viçosa (Figura 2) é composta por nove municípios: Araponga, Cajuri, Canaã, Paula Cândido, Pedra do Anta, Porto Firme, São Miguel do Anta, Teixeira e Viçosa.

Figura 2 - Mapa da Microrregião de Viçosa.



Fonte: PDR/MG-2011

A microrregião de saúde de Ponte Nova (Figura 3) possui vinte e um municípios: Acaiaca, Alvinópolis, Amparo Do Serra, Barra Longa, Diogo De Vasconcelos, Dom Silvério, Guaraciaba, Jequeri, Oratórios, Piedade De Ponte Nova, Ponte Nova, Raul Soares, Rio Casca, Rio Doce, Santa Cruz Do Escalvado, Santo Antônio Do Grama, São José Do Goiabal, São Pedro Dos Ferros, Sem-Peixe, Sericita, Urucânia.

Figura 3 - Mapa da Microrregião de Ponte Nova.



Fonte: PDR/MG-2011

4.2 O Método

Os sujeitos selecionados para a pesquisa foram todos os profissionais egressos do CEABSF - médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas - pertencentes às equipes da ESF das microrregiões de saúde de Viçosa/MG e de Ponte Nova/MG que concluíram o CEABSF a partir de 2008. Lembrando que foram considerados egressos todos os alunos que, até o momento da coleta de dados, tinham cumprido os requisitos exigidos para a conclusão do curso: integralização dos 24 créditos e trabalho de conclusão de curso aprovado.

A escolha dos sujeitos deve-se ao fato de que segundo a Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, a composição mínima de uma equipe da ESF deve conter como profissionais de nível superior um médico e um enfermeiro, além do cirurgião-dentista que faz parte da ESB, sendo estes atores relevantes para o desenvolvimento da EPS.

No período de 2008 a agosto de 2014, aproximadamente 371 alunos concluíram o CEABSF nos Polos de Conselheiro Lafaiete e Juiz de Fora que são referências para os profissionais provenientes das duas microrregiões. Esse grupo

de profissionais constituiu os sujeitos elegíveis do estudo. Os profissionais foram escolhidos aleatoriamente a partir da busca no cadastro nacional dos estabelecimentos de saúde (CNES) e através de contato telefônico com as prefeituras dos municípios pertencentes às microrregiões.

Assim os participantes elegíveis deveriam compor três grupos distintos conforme categoria profissional. No entanto, efetivou-se apenas o grupo de enfermeiros e o grupo de dentistas, já que foi identificado apenas um egresso/médico atuando na ESF das microrregiões, que ainda recusou-se participar da pesquisa devido às intensas atividades laborais no momento, não disponibilizando de tempo.

Deste modo, tivemos a formação de dois grupos distintos de sujeitos de pesquisa segundo suas categorias profissionais: enfermeiros e cirurgiões-dentistas. A distinção entre os grupos permitiu melhor caracterização dos conteúdos emergentes por categoria profissional, deste modo não perdendo as peculiaridades intrínsecas a cada grupo, sendo possível ainda a extrapolação para um confronto dos resultados entre as categorias. Os sujeitos aceitaram espontaneamente participar da pesquisa, bem como assinaram previamente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A).

Em cada um desses grupos, o número exato de entrevistados não foi definido inicialmente. Como critério para encerramento das entrevistas em cada grupo, adotamos a saturação das informações emergentes, conforme proposto por Minayo (2010), que salienta a importância de um número significativo de indivíduos para a pesquisa qualitativa, uma vez que esta requer frente à categorização, uma repetição de depoimentos/dados para sua sustentabilidade, permitindo uma reincidência das informações, porém não desprezando informações ímpares. Segundo a mesma autora, a pesquisa qualitativa não segue critério numérico de amostragem, “embora quase sempre o investigador precise justificar a delimitação de pessoas entrevistadas, a dimensão e a delimitação do espaço.” Uma boa amostragem é aquela que possibilita envolver a totalidade do objeto de estudo em suas múltiplas dimensões. Nesse sentido, é conveniente privilegiar atores sociais detentores de atributos que se pretendem conhecer (MINAYO, 2010, p. 197).

Foram excluídos da pesquisa os sujeitos que se recusaram a participar devido à ocupação laboral, constrangimento e/ou outros motivos particulares. Também foram excluídos os profissionais que não estivessem atuando na Estratégia Saúde da Família no momento da realização da pesquisa, já que esta vinculação é condição imperativa desse estudo.

4.3 Coleta de dados

Para a coleta de dados foram realizadas entrevistas semiestruturadas gravadas, por meio de um roteiro (APÊNDICE B).

Todas as entrevistas foram realizadas pela pesquisadora, de forma individual com cada trabalhador, sendo previamente agendadas, de modo a não prejudicar os compromissos dos envolvidos. As entrevistas ocorreram no período de 07/07/2014 a 13/08/14, nas dependências das unidades de saúde dos respectivos profissionais, em um ambiente tranquilo e reservado, evitando influenciar ou constranger os entrevistados, além de garantir o sigilo e a qualidade das gravações.

Os sujeitos foram informados sobre o caráter da investigação da pesquisa, seus objetivos, os procedimentos, sobre o vínculo do pesquisador com a Universidade, e demais aspectos éticos pertinentes. Todas as dúvidas e questionamentos foram devidamente esclarecidos.

4.4 Análise dos dados

As entrevistas foram, com o consentimento do participante, gravadas e transcritas pela pesquisadora para a realização posterior da análise e interpretação. As peculiaridades individuais de comunicação foram preservadas, e os erros gramaticais corrigidos, porém de modo a não alterar o significado das falas.

Foi adotada a análise de conteúdo temática proposta por Bardin, uma vez que esta visa desvendar os sentidos do discurso. Caracterizando-se como um método de investigação do conteúdo simbólico das mensagens, que podem ser abordadas de diferentes formas e de múltiplos ângulos (BARDIN, 2011).

Minayo (1979 apud BARDIN, 2012, p. 86-87) refere-se ao tema como “a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura.” Além disso, afirma que o trabalho com a análise temática “consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõe a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição pode significar alguma coisa para o objectivo analítico escolhido”.

Este método perpassou as seguintes etapas: 1. A pré-análise; 2. A exploração do material; e, por fim, 3. O tratamento dos resultados: a inferência e a interpretação. Na pré-análise, definiram-se os trechos significativos e as categorias através da leitura exaustiva do material. Na etapa da exploração, fez a codificação e a verificação das temáticas mais presentes nas falas/depoimentos das participantes. Quanto à interpretação, ocorreram inferências sobre os resultados, bem como sua interpretação com auxílio da literatura pertinente (BARDIN, 2011).

Conforme o método foi iniciado o processo de análise dos dados lendo e relendo as transcrições até se familiarizar e fazer imersão com as falas dos entrevistados. Conseqüentemente identificam-se os sentidos e significados e pode-se assim relacioná-los aos objetivos da pesquisa. A partir disso, foram construídas nesta etapa três categorias temáticas: 1) ações percebidas como EPS, 2) facilidades e 3) dificuldades na aplicação da EPS.

Considerando o processo de categorização e respeitando seus princípios de homogeneidade, exaustão, exclusão, concretude e adequação, acredita-se que foi validado o resultado a partir do esforço e rigor metodológico (MINAYO, 2012).

4.5 Aspectos éticos

Foi solicitada a assinatura de uma carta de anuência para autorização da realização da pesquisa para a coordenação do Núcleo de Atenção Primária à Saúde da Superintendência Regional de Saúde de Ponte Nova, referência das Microrregiões de Ponte Nova e Viçosa (APÊNDICE C). Também foi autorizada a pesquisa pela Coordenação do Programa Ágora/NESCON (APÊNDICE D) que permitiu a utilização de suas bases de dados do CEABSF. Em seguida, toda a documentação foi submetida ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM), através da Plataforma Brasil. O parecer do CEP (ANEXO A) constando a aprovação do projeto foi emitido no dia 24 de fevereiro de 2014. Após aprovação, realizou-se contato com os possíveis sujeitos de pesquisa. Nenhum indivíduo foi obrigado a participar da entrevista. Os sujeitos que se disponibilizaram ainda assinaram o TCLE, ficando a primeira via com ele e a segunda foi arquivada pela pesquisadora. A pesquisa seguiu em consonância com a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Os riscos relacionados com a participação dos sujeitos na pesquisa poderiam ser o constrangimento ao responder às perguntas e o receio de identificação dos participantes. Para tanto, foi adotada uma postura acolhedora e imparcial. Para a manutenção da integridade moral dos sujeitos, foi mantido completo sigilo quanto às respostas obtidas. Além disso, ocorreu também a codificação dos participantes, em que os profissionais enfermeiros foram nominados pela letra “E” seguida por um número seqüencial: 1, 2, 3 e assim por diante. Da mesma forma os profissionais dentistas foram nominados pela letra “D” seguida por um número seqüencial: 1, 2, 3 e assim por diante.

5 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Este tópico apresenta a construção da análise dos dados, a partir dos depoimentos dos egressos do CEABSF, profissionais da ESF pertencentes às Microrregiões de Viçosa e Ponte Nova.

5.1 Caracterização dos sujeitos

É relevante a caracterização dos sujeitos a fim de buscar a compreensão e identificação de quais são os egressos entrevistados, em quais municípios atuam, enfim, para o reconhecimento do perfil profissional dos participantes da pesquisa.

Foram entrevistados nove egressos, sendo desses cinco representantes da categoria da Enfermagem e quatro da categoria dos cirurgiões-dentistas. Vale ressaltar que apesar de encontrar vários egressos-médicos nos Polos de Conselheiro Lafaiete e Juiz de Fora, apenas um foi identificado atuando nas ESF das microrregiões, porém recusou-se a participar devido às intensas atividades laborais no momento, não disponibilizando de tempo para a participação na pesquisa. Outro ponto importante foi a verificação de vários profissionais médicos que não estão mais atuando na AB, pré-requisito para a participação da pesquisa.

Grillo (2012) comprovou em sua tese que 62,0% dos profissionais egressos das duas primeiras turmas não tinham mais vínculo com a ESF, confirmando a rotatividade que tem sido apontada como um dos desafios a serem enfrentados na busca pela consolidação do SUS por meio da ESF.

Quanto ao período de experiência total atuando na ESF, dentre os entrevistados o tempo variou de quatro a quatorze anos de atividades, sendo que apenas quatro sujeitos mantêm o vínculo institucional com a mesma equipe de quando realizou a especialização. Apenas um dos entrevistados registrou que foi transferido para a equipe atual no segundo ano do curso, com a qual exerce suas

atividades até o momento da entrevista. Outro fato observado é que apenas dois sujeitos são do sexo masculino.

Os resultados decorrentes da análise de conteúdo serão apresentados, a partir da construção de três categorias temáticas quanto à EPS na visão dos egressos do CEABSF: 1) Ações percebidas como EPS, 2) Facilidades na aplicação da EPS e 3) Dificuldades na aplicação da EPS.

5.2 A Educação Permanente em Saúde na visão dos profissionais egressos do CEABSF

Esta seção enfatiza as vivências dos profissionais-egressos do CEABSF no contexto da EPS nas Microrregiões de Viçosa e Ponte Nova, a partir das inferências determinadas pelas unidades de contexto.

5.2.1 Ações percebidas como Educação Permanente em Saúde

A PNEPS destaca a aprendizagem no trabalho, incorporando o aprender e o ensinar no dia a dia do trabalhador e das organizações (BRASIL, 2007).

Grillo (2012) propõe que, no que se refere ao processo de capacitação, este deveria ocorrer na prática cotidiana dos serviços, com reuniões de equipe, sessões técnico-científicas, organização de conselhos ou comissões técnicas (com representantes das diversas categorias de trabalhadores de saúde), levantamento de dados para a compreensão da realidade, pesquisas em cooperação etc. Todas as oportunidades, iniciativas, ações e atividades no trabalho como eixo educativo, privilegiam o enfrentamento e a solução de problemas.

As ações percebidas pelas falas dos sujeitos inferem a EPS como as capacitações que acontecem entre os profissionais da ESF, as reuniões de equipe

para organização do processo de trabalho e as ações de educação em saúde realizadas para a comunidade.

Nas entrevistas, foi possível entender sobre a relação de aproximação da aplicação da EPS ao processo de educação no serviço para a equipe. Os profissionais sugeriram que as capacitações sejam uma prática da EPS, porém foi constatado que essas ações aproximam-se mais ao conceito de EC. Essa constatação foi confirmada nas falas dos sujeitos já que expressaram que essas atividades são realizadas de forma fragmentada, utilizando a transmissão de conhecimento como recurso pedagógico e de maneira isolada:

[...] a gente tentou elaborar uma agenda de educação, sabe, a gente tentou elaborar uma agenda pra equipe, a gente até chegou a montar um curso, a gente chamou o curso com os bombeiros que vieram fazer um curso sobre primeiros socorros aqui, se você falar assim as equipes de saúde aqui, [...] a gente tem algumas atividades isoladas, os meninos estão fazendo agora um sobre álcool e drogas, os agentes de saúde, mas não tem um planejamento, sabe, um cronograma anual, uma coisa que é muito necessário, mas não tem um cronograma mesmo [...] durante as reuniões que eu te falei a gente até orienta, tenta conversar, as vezes a dentista chega pra orientar, as vezes o médico conversa, né enfermeiros a gente faz o tempo todo [...] (E3)

[...] não porque identificou um problema, mas assim... uma capacitação de saúde bucal, às vezes a gente tenta conseguir parceria, nós já conseguimos com o senac... entendeu, pra vim capacitar os agentes, não é rotina! (D3)

Sim e também como uma atualização deles também, né, porque um exemplo que eu vou te dar é... a gente está lá no capítulo de amamentação, então a gente discute [...] (E5)

Paulino (1975 apud FREIRE, 2008, p. 56) discute que “a educação não pode ser um depósito de conteúdos apoiada na concepção de homens como seres vazios”, ilustrando a importância da relação e interação do homem com o mundo em que vive, necessitando a educação baseada na problematização.

A EPS representa um avanço nas políticas públicas para a efetivação do SUS pela proposta de reorientação do processo de formação e capacitação dos profissionais de saúde para o novo modelo de assistência. O Ministério reforça sobre a necessidade de buscar a relação do processo educativo com o cotidiano do trabalho, com destaque aos problemas reais de saúde, tendo metodologia

problematizadora para que se tenha uma reflexão crítica da realidade e não um mero repasse de informações (BRASIL, 2005; BRASIL, 2007; PAULINO, 2008).

Os discursos a seguir revelam o significado da importância da organização da equipe para a realização da EPS de forma sistemática e planejada das ações de educação no trabalho para que permita o alcance de resultados positivos.

[...] a gente já discute isso da criação do programa de educação, de educação continuada, de forma sistemática, sabe, de forma planejada, de acordo com a necessidade, sabe, eu acho que assim é uma coisa que vai acontecer mais cedo ou mais tarde a gente vai chegar nesse ponto em comum de estar fazendo isso, várias foram às vezes que a gente sentou pra reunir, às vezes só... médico, enfermeiro, nutricionista, dentista, pra gente tentar bolar um programa de educação continuada, mas assim que seja pra todo mundo [...] (E3)

[...] vai ser a primeira coisa que a gente fez que pode se dizer planejamento entre a equipe de saúde bucal e a equipe de saúde da família. Entre, em relação, a minha equipe a gente já faz, já fez algumas coisas, por exemplo, a gente não tinha aqui marcação de horário, era por... livre demanda e marcava horário, mas assim todos no mesmo horário. (D4)

As reuniões também foram relatadas como atividade de EPS na visão dos participantes da pesquisa. Grillo (2012) ressalta que as reuniões favorecem a reflexão coletiva do processo de trabalho e articulação de meios para intervenções positivas na realidade, induzindo o processo de EPS.

É importante destacar que a partir das entrevistas podemos constatar que as equipes fazem reuniões e que estas são importantes espaços que possibilitam a apresentação de demandas, problematizações e busca de solução para questões colocadas pelos membros. Porém, percebe-se que as discussões dizem respeito muito mais a “como fazer” / “como enfrentar” situações objetivas dos problemas que os usuários trazem em relação à doença ou à organização da agenda, por exemplo, do que sobre a forma como as equipes trabalham, das suas diferenças e dificuldades:

[...] geralmente toda reunião que você vai acrescenta alguma coisa na organização do trabalho, né, pelo menos eu procuro chegar e sentar e... né e conversar com os colegas, ou seja com os agentes e ou seja mais com o dentista e falar: Ó foi falado isso e isso vamos organizar dessa e dessa maneira, então eu acho que isso também é educação permanente, a gente

sentar pra se organizar o processo de trabalho, né?! Mas que nem sempre acontece. (D3)

Então quando a gente senta, e... no caso, da minha equipe, a gente senta e vê [...] qual é o problema maior que a gente identificou, aí a gente começa a discutir o que a gente identificou mais, igual que as meninas estavam tendo mais dificuldade de entender, de compreender, de digerir aquele agendamento, então assim a gente falava muito sobre isso, da importância e agora que elas tão conseguindo... já agendar e pensar. Então é uma coisa que a gente vai discutindo, discutindo assuntos que assim... está incomodando [...] (E2)

É assim, é como que eu posso te dizer. De forma coletiva... se aquele paciente ele... foi identificado com um problema que... demanda um cuidado, maior aí a equipe toda é deslocada, pra aquele, pra atender aquele problema. (D2)

Contudo, há desafios a serem vencidos para que a reunião da equipe seja parte do cotidiano, com intencionalidade de construir conhecimento e encontrar soluções para problemas da prática, indo ao encontro do que Grillo (2012) também verificou em sua pesquisa. No caso desta pesquisa, o sujeito fala da negociação de uma carga horária menor que a dos outros membros da equipe impossibilitando o horário para a realização da reunião. Essa realidade foi mencionada no presente estudo:

É (risos) ela até a um tempo atrás falou a gente podia reunir toda sexta-feira, à tarde, só que é igual entra aquela questão do horário, o meu horário é diferente dos delas, porque eu não trabalho quarenta horas, então é diferente do delas aí esse horário pra elas era o melhor, pra mim não era e eu não acabo participando (risos) então tem essa questão também da dificuldade é o horário [...] (D4)

Paulino (2008) relata que as reuniões de equipe são espaços para troca de conhecimento e reflexão sobre as melhores condutas para assistência e compreensão dos objetivos da ESF, sendo primordial a presença de todos os membros da equipe, e de forma planejada, como parte do cronograma de atividades. A recomendação da PNEPS é que todos os profissionais da equipe participem desses momentos de educação em serviço. É proposta uma articulação e diálogo entre os membros e não somente entre ACS e equipe de enfermagem. Em uma das falas de um sujeito de pesquisa, fica clara a participação apenas de parte da equipe nesses encontros:

Eu dou de acordo com o calendário, aquele calendário que a gente tem das datas comemorativas da saúde, e aí se fica muito escasso o tema aí eles me falam assim: o que você acha de trabalhar com isso?! A gente recebeu uns livrinhos azuis com vários temas também, eles são ótimos! Então aquilo ali a gente tem trabalhado com eles (ACS e técnicos) toda sexta-feira! [...] (E5)

Stroschein e Zocche (2012) enfatizam a necessidade dos profissionais reservarem um espaço para observar a realidade em que estão inseridos, para elencar os problemas das situações de trabalho. Além disso, é ainda possível vislumbrar estratégias educacionais de enfrentamento, relacionando teoria e prática, mediante proposições e soluções, rompendo com a reprodução do modelo biomédico, com a ausência da garantia dos princípios e diretrizes do SUS.

Um dos entrevistados mencionou sobre a importância das reuniões com a coordenação da AB, favorecendo a compreensão dos problemas para resolução das necessidades da equipe e comunidade assistida.

[...] são só os enfermeiros, são só os coordenadores, né, dos PSF, às vezes ela tem uma reunião de três em três meses com todo mundo, mas é difícil, é mais pra o trabalho mesmo de ela passa muito trabalho pra gente (risos) e aí a gente tem que fazer reunião na unidade pra passar pra toda equipe, mas é muito bom, é muito produtivo, ela mesmo fala: gente se não tivesse tanto levantamento a gente não tinha necessidade de fazer quinzenal. [...] Então tem muita coisa que a gente quer falar e com ela também, a gente deixa pra conversar todo mundo pra falar nesse dia pra gente não ter que ficar indo lá, né, perder tempo e ao invés de vir pra unidade, então é o dia que todo mundo aproveita e um com o outro também pra as vezes tirar dúvida, mas é muito produtivo. (E4)

Ceccim (2005) afirma que para ter a integração das dimensões da formação, gestão e atenção na aplicação do conceito de EPS, há necessidade de descentralizar a capacidade pedagógica para dentro desta rede do SUS de forma que se torne uma rede de ensino-aprendizagem no trabalho.

A partir da proposta da criação do Polo-EP e a utilização da metodologia de rodas de conversa para a gestão da EPS, é remetida a ideia de reuniões de equipe, já que nas rodas se negociam, se debatem e se constroem, coletivamente, alternativas de qualificação para o trabalho, a partir dos problemas que emergem do próprio trabalho. Logo essa ideia surge como possibilidade de construção de microespaços educativos dentro dos serviços de saúde (GRILLO, 2012).

A gente faz essa organização nessas reuniões quinzenais, então a gente discute o que está funcionando o que não está, o que acha que pode mudar e todos tem voz livre, todos podem dar opinião, a gente muda a agenda sempre que a gente vê que não está dando certo. Essa semana mesmo anterior a última reunião a gente mudou, porque a zona rural não marcava consulta, eles vinham em livre demanda, não estava dando certo, cada um deu uma sugestão e a gente mudou. [...] E também nessa semana passada nós mudamos, a gente não tava tendo dia correto do hipertenso e diabético, a gente agora colocou pra toda quinta, porque a gente vai aprimorar esse atendimento com as reuniões, já que eles vão estar aqui pra consulta, a gente já vai aproveitá-los aqui, porque [...] eles não estão vindo nas reuniões de diabético e hipertenso não, está pingando pessoas, então a gente vai aproveitar e assim que a sala estiver cheia, antes da médica iniciar o atendimento deles ela já vai fazer a educação . Então a gente teve essa idéia na reunião com a equipe toda, então a gente vai trabalhando assim, nessas reuniões a gente vai mudando, vendo o que está dando certo, o que não está e modificando. (E5)

A gente está tentando... isso é uma tentativa, a equipe de saúde bucal a gente sempre tenta... reunir uma vez por mês pra poder estar conversando sobre algum assunto que seja sobre um paciente, uma coisa que a gente queira trocar, idéias uns com os outros sobre a organização se está vindo os pacientes se não estão vindo [...] (D4)

Vale destacar sobre a importância da criação de espaços de aprendizagem pautada na teoria educacional de Paulo Freire, em que as relações são horizontais, como comunicação e resgate da vivência de todos os atores envolvidos (BRASIL, 2005).

É relevante apontar que os sujeitos percebem de forma clara a importância da EPS como prática desencadeadora de outras ações positivas desempenhadas pelos integrantes da equipe da ESF. Na perspectiva dos entrevistados, isso ocorre principalmente com os ACS. O apreendido nas reuniões é revertido em educação em saúde realizada por eles nas visitas domiciliares ou em grupos educativos. Isso reflete concretamente mudanças nas práticas quanto à forma de atendimento ao usuário, conforme se pode observar nas falas a seguir:

É isso que eu estou te falando, eu acho que assim, o que a gente trabalhar com eles, principalmente com os agentes, de estar fazendo esse processo de educação nos domicílios, nas casas, durante a visita, [...] durante o processo de trabalho mesmo. (E3)

Eles têm o compromisso também de cada um (ACS) fazer um grupo todo mês na sua comunidade, entende, aí, por exemplo, esse mês a gente está falando sobre hanseníase, aí todos eles na sua comunidade fazem um

grupinho lá, aí eu falo: ó tira foto, faz o caderno, pede as pessoas pra assinarem e traz pra mim, aí eles fazem um relatóriozinho. (E4)

[...] duas reuniões que eles tem que fazer com a comunidade mensalmente, então eles tem que abordar qualquer tipo de assunto com a população, a microárea deles, então todo mês eles trazem pra mim alguma ação que eles desenvolveram, algum cuidado, algum assunto no momento pra desenvolver com a comunidade então eles relatam o que foi abordado e a população tem que assinar sabe, folders eles levam durante essas reuniões, explicam e eu acho que é muito gratificante [...] (E5)

Vale salientar que é por meio das ações de promoção de saúde que se possibilita a capacitação do indivíduo e da comunidade para exercício da autonomia e para mudança para um comportamento envolvido com a sua própria saúde. Além disso, essas ações permitem a integração da ESF com a comunidade e, assim, suas dificuldades, o que pode permitir a minimização ou solução desses problemas (PAULINO et al., 2012).

Paulino (2008) ressalta a importância de um processo contínuo de educação na ESF para que aconteça a apreensão das necessidades reais do contexto. Isso possibilita, nas práticas dos profissionais, a correção de falhas que, por sua vez, proporciona mudanças na forma de agir, repercutindo efetivamente na qualidade de assistência ao usuário.

O valor do processo de continuidade e longitudinalidade da EPS foi igualmente narrado pelos trabalhadores enfermeiros e cirurgiões-dentistas, através de discussões de casos atendidos e situações partilhadas no dia a dia:

Todas as vezes que a gente faz reuniões, né, eu ainda pergunto: gente tem algum problema que vocês querem levantar, tem algum problema, né, na sua comunidade? Aí eles sempre trazem: eu estou com uma família assim, assim e aí às vezes outro fala ó já tive esse problema eu agi assim assim e daí a gente tenta é ver o que pode ser feito e [...] vê se tem como, hoje a gente ta com... igual as vezes... criança que que a gente encontra um pouquinho de dificuldade igual, hoje a gente tem uma psicóloga que está fazendo um trabalho muito bom com criança, ... e devagarzinho cada coisa vai resolvendo. [...] Os agentes de saúde trazem sim eles tentam e eles as vezes, né, por eles conhecerem muito a família e [...] eles já vêem e já trazem as vezes até a solução: você não acha que é isso que a gente podia fazer tentar resolver assim, aí eu vou e dou uma lapidada, né, que as vezes eles tem umas idéias que vão além... rrsrsrs. Ai pelo amor de Deus isso vcs não podem fazer não! Rrsrs Então vão tentar com jeitinho, também a gente não pode invadir assim a vida a casa da pessoa não, mas eu acho que eles

sempre trazem um problema e já trazem um pouquinho da solução também. (E4)

[...] a gente senta com a equipe toda e cada um vai dando uma opinião. Então depois a gente, primeiro faz um rascunho, escreve, cada um dá uma opinião e depois a gente finaliza. (E5)

5.2.2 Facilidades na aplicação da Educação Permanente em Saúde

Quanto às facilidades atribuídas no favorecimento da aplicação da EPS, pode inferir nas falas dos entrevistados a relação ao conhecimento adquirido com o curso CEABSF; as parcerias com instituições formadoras, como a UFV e outras parcerias de entidades e lideranças comunitárias; a criação de vínculo com a comunidade por pertencer ao município ou ter muitos anos de trabalho na mesma ESF; e o trabalho em equipe.

Ao realizar o CEABSF, o aluno-profissional é estimulado a utilizar ferramentas de organização do processo de trabalho que não usava anteriormente. Assim como no trabalho de Grillo (2012), também foi possível verificar nas falas dos sujeitos de pesquisa indícios de mudança de prática e criação de novos hábitos a partir do envolvimento com a proposta do curso, indicando uma possibilidade positiva de aprendizagem significativa.

Então você chega à conclusão que você tem que ter planejamento, então, todo o processo de trabalho exige um planejamento, e se você tem um planejamento você tem melhores resultados, são as palavras chaves que desencadearam os módulos do curso [...] então o que o curso me deu essa forma de planejar todo um processo de trabalho [...] (D1)

[...] então uma das coisas que me ajudou foi isso, a organizar, organizar, por mais que eu não tenha tanto tempo, mas eu tento organizar, por exemplo, vou fazer um grupo, o que eu preciso, quem vai fazer, quem vai me ajudar, é isso que eu aprendi mais. (E2)

Eu tenho, um exemplo que eu vou te dar [...] eu lembro muito, em saúde da criança, [...] então todas as atividades que a gente fazia na especialização, eu tenho elas comigo aqui, então as atividades de massagem com a criança, cardápio pra criança de seis meses aos dez anos, o que comer, o que alimentar, como estimular a criança em cada etapa da vida, eu tenho tudo! E isso eu aprendi na pós e... aí eu fiz em alguns casos os resumos e tentei trazer pra realidade das mães, que vão receber essas informações

pra o entendimento mais fácil delas e até hoje em cada puericultura que eu inicio eu vou usando algumas das atividades que eu tenho, que eu fiz da pós. E eu acho isso o máximo porque isso nunca se perde [...] (E5)

Na saúde do trabalhador também a gente fez várias atividades relacionada com [...] quais são as os acidentes, os maiores problemas, riscos da comunidade rural, é do retireiro, né, das pessoas que trabalham na zona rural e que buscam atendimento na estratégia de saúde da família, então eu trouxe um pouquinho também porque eu tenho uma área extensa da zona rural, então isso também me fez entender um pouquinho como eu ia trabalhar com essa população que precisa da gente e estão um pouco mais distante, né, e eu lembro muito também das atividades que a gente desenvolvia lá e trouxe pra cá. (E5)

Saúde do idoso também, os planos de cuidado de saúde do idoso a gente desenvolve a cada problema que depara com um idoso, prevenção de riscos de queda, as intervenções com os idosos, o tempo todo, o cartão, de como trabalhar o cartão do idoso, tudo isso a gente aprendeu e é um constante aqui na saúde da família porque o idoso, o hipertenso, a criança, a mulher, ela está sempre muito vinculada, então as ações com eles são sempre constantes e a gente não se perde não, a gente só vai implementando mais. (E5)

Os vários entrevistados mencionaram a especialização como um processo educativo transformador das práticas na ESF apontando para a consolidação do curso como estratégia possível de efetivação da EPS:

Não, muito pelo contrário, eu tive uma maior facilidade de identificar, de relacionar e de administrar todo processo de trabalho [...] e foi muito importante porque eu fui buscando uma especialização, mas assim veio um retorno maior do que eu esperava. (D1)

[...] assim como o Nescon assim abriu, abre seu olhar, então você começa a enxergar as coisas que você pode resolver, e eu acho que assim, pelo o que a gente fez eles colocaram muito assim pra você colocar no papel e organizar melhor [...] (E2)

[...] se eu não tivesse passado por essa experiência do Nescon, eu acho que eu tenho muito mais dificuldade, hoje tenho menos, igual eu te falei, por se tratar de um município muito pequeno era mais fácil, mas tornou-se mais fácil. (E3)

Eu acho assim [...] porque antes a gente sabia que tinha aquele problema, com o curso eu acho que a gente consegue entender melhor assim, e até [...] conceituar assim o que é o problema, porque às vezes você sabia que tinha, mas você não conseguia entender bem [...] (D3)

É interessante observar na fala a seguir que o curso permitiu a mudança e ampliação do conceito de saúde. Essa ampliação remonta a necessidade para a sua

atuação na ESF, já que os problemas da população não são mais determinados apenas por patologias (visão biologicista), mas determinados e condicionados pelos hábitos de vida, pelas condições de moradia, alimentação, saneamento básico, acesso aos serviços (educação e saúde, por exemplo), entre outros fatores (FARIA et al., 2010).

[...] a gente tem um olhar mais crítico sobre aquela família, a gente observa mais, é [...] a alimentação daquela família, os hábitos de higiene daquela família, as condições de... da habitação, é [...] porque tudo isso pode gerar é [...] doenças [...] futuras, então a gente aprende a ter um olhar mais crítico sobre tudo isso. É uma das coisas que a especialização te desperta pra isso, né! Da higiene pessoal, das condições de habitação, a alimentação [...]
(D2)

Outro ponto a valorizar é que depois do curso o profissional ressalta para nova concepção de trabalho em equipe multiprofissional que vem imbuída na ESF a partir das concepções do SUS:

[...] você consegue enxergar mais longe, às vezes a sua, o seu raio de visão era menor e com o curso o seu raio de visão fica maior, mais amplo, pra você lidar com o trabalho multiprofissional [...] agora pra você fazer parte de uma equipe da estratégia saúde da família você tem que ter essa visão que a especialização te dá também, te facilita [...]
(D1)

[...] porque depois do curso, a gente é estimulado a buscar o apoio das outras pessoas da equipe, entendeu, [...] a gente começa a não olhar só o nosso trabalho, a gente é estimulado a buscar o apoio da educação, estimulado a buscar o apoio da enfermagem, da equipe [...] é [...] enfim de outros profissionais, que possam [...] do CAPS, o NASF [...], então a gente tem [...] uma fisioterapeuta, uma nutricionista, uma psicóloga do NASF, então é isso, a gente aprende a buscar [...]
(D2)

A problematização, mediação pedagógica utilizada no CEABSF, foi mencionada como importante estratégia educacional favorecendo a relação de ensino-aprendizagem. As vivências e conhecimentos prévios dos profissionais, conforme a EPS, pressupõem a aprendizagem andragógica, isto é, educação de adultos (NESCON, 2013).

É... você tem instrumentos, [...] o curso foi trabalhado a partir de nossas vivências em saúde pública, então assim você conseguia com as suas atividades, eram voltadas para aquilo que você fazia e se você não fazia você tinha que aprender a fazer porque isso era cobrado em atividades [...]
(E3)

É [...] a gente já tinha um jeito de trabalhar, então algumas coisas a gente modificou em cima daquele jeito de trabalhar, né, as coisas que a gente via que não tava legal a gente tentou corrigir. Mas eu acho que tudo a gente aprende quando a gente quer. Tudo a gente aprende, né, alguma coisa assim, não é perfeito, não faz tudo que ensinou lá, mas que eu acho que ajudou, eu acho que valeu a pena. (D3)

Facilidades tiveram bastante, o curso foi muito proveitoso. Até de troca de experiências que é uma coisa muito importante que eu percebi no curso, isso troca de experiências tanto com as [...] da minha região que faziam né, que a gente sempre ia junto, trocava experiências, como de outras, aí você vê que a sua experiência, você acha as vezes que você está muito ruim, você vê que não está muito ruim assim, que tem lugares que está pior, então, isso foi interessante também. (D4)

A troca de experiências com outros alunos do CEABSF também foi um aspecto facilitador da EPS na opinião dos profissionais. Neste contexto, os entrevistados destacam os encontros presenciais e as atividades como os fóruns virtuais como importantes no curso para resolução dos problemas vivenciados:

Não é porque eu acho que a gente consegue entender melhor. Assim é [...] você tem um olhar mais direto pra aquilo que você vai, identificar assim, então, eu acho que o conhecimento mesmo a troca de experiência lá [...] (D3)

Eu acho que com certeza porque lá também a gente teve vários relatos de experiências de outros profissionais, às vezes vivenciando problemas parecidos ou as vezes naquela época eles vivenciaram alguns problemas que hoje pode ser problema meu e as vezes a gente lembra: o fulano falou isso, a ação que ele teve naquele momento que as vezes a gente pode ter alguma dúvida, mas eu acho que dá um [...] norte pra gente, e a gente tem um visão melhor quando acontece aquele problema quando a gente tem um embasamento, quando a gente não tem as vezes eu acho que a gente pode sentir meio perdido e não saber como agir, né!? Mas eu acho que até hoje graças a Deus eu acho que eu pude ter uma visão melhor. (E4)

É importante mencionar que em uma fala dos sujeitos é indicado como facilidade na prática da EPS a situação de haver outro membro de sua equipe que também cursou o CEABSF. O entrevistado discorre que isso possibilita melhor integração entre os profissionais da ESB e os outros integrantes da ESF.

Assim a gente já tinha uma certa coisa, mas... pelo fato eu ter feito, o enfermeiro ter feito, então eu acho que isso facilitou, entendeu, isso também até mesmo essa oportunidade de estar colocando dois profissionais da equipe, vamos citar assim que foi uma coisa que facilitou até o [...] melhorar esse processo de trabalho [...] (D3)

Esse fato também foi encontrado por Grillo (2012) em sua pesquisa, na qual cita que foi possível inferir que fazer o curso junto com mais um membro da equipe, ou ter algum membro que já fez o curso, é uma estratégia importante de propiciar a EPS e, conseqüentemente, de indução de mudanças no processo de trabalho. Portanto, a oferta de cursos como o CEABSF atingindo regiões e localidades, permite a capacitação de colegas de trabalho de um mesmo município favorecendo, assim, a consolidação do modelo de atenção à saúde a nível local e municipal.

É muito marcante no discurso de vários entrevistados, principalmente dos enfermeiros, a prerrogativa de que acabam assumindo a função de gerentes das equipes. Para eles, a Unidade Didática I foi um divisor de águas para a mudança das práticas e ampliação da visão destes profissionais, principalmente o módulo de Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). Esse módulo é concebido por eles como um grande facilitador da organização do processo de trabalho.

[...] quando foi feita aquela análise situacional você consegue identificar os problemas e vê da onde que saiu, o quê que você pode fazer e quem pode te ajudar e, eu acho que fica um processo de trabalho amplo. (E2)

[...] de ter um olhar diferente, de saber hoje onde buscar, como resolver, você pode até não fazer se não quiser, mas saber que você tem um meio, que você tem informação pra isso e a formação agora, a facilidade foi essa [...] A visão diferente é essa! Sabe, a gente passou de um mero só expectador de ver, pra uma pessoa que está entendendo o que está acontecendo e que às vezes tem como mudar, [...] então assim tem que ter um olhar diferenciado eu acho. [...] Acho assim, é [...] acho que o que facilita mesmo é a parte teórica mesmo de como fazer, de como buscar, de [...] como elaborar, vamos colocar assim como elaborar a parte que foi passado durante o curso de como fazer, de construção...! É [...] de construção, de como você vai buscar recurso financeiro, material, de pessoal, eu acho assim a facilidade foi de..., sabe, de conhecimento mesmo, a facilidade maior depois do curso foi de conhecimento, sabe, foi de aprendizado do conteúdo que foi passado, acho que uma das principais coisas, sabe, a facilidade maior nossa é essa, depois do curso. (E3)

Não, eu acho que com a especialização eu pude observar, igual eu te falei, o quanto que a gente já faz, que as vezes a gente não percebia que a gente fazia, né, aí eu pude observar que muitas coisas a gente fazia no decorrer do tempo assim, e que as vezes a gente na colocava no papel, e as vezes até não dava conta de tanta coisa que a gente fazia. [...] Hoje eu posso ver que a gente pode é... colher melhor da população os problemas que eles estão vivendo até pra gente fazer uma abordagem melhor, de tentar levar,

uma solução para o problema dele, naquele momento, de uma forma melhor. A gente consegue fazer grupos, igual, hoje eu tenho uma adesão muito com preventivo [...] uma adesão ótima, então hoje, as vezes eu fico até cansada de tanto preventivo que eu falo tem mais!!! (risos). (E4)

[...] a gente teve que fazer o diagnóstico situacional ele me ensinou muito, porque a gente só consegue trabalhar na nossa comunidade depois que a gente começa a saber quem que são os nossos pacientes, quais deles tem mais risco, qual que é a área de risco que a gente tem, é... os nossos maiores problemas quais são, então daí aonde a gente começa a trabalhar é com mais foco, a gente consegue desmembrar um serviço melhor, eu entendo isso. Então depois que eu vim pra cá eu quis conhecer a área primeiro pra depois eu começar a intervir, então a primeira coisa que eu fiz quando eu comecei a atuar aqui. (E5)

Facilidades depois do curso a gente vê principalmente na questão dos levantamentos, na questão no curso, que também falava assim, questão de você ter no seu dia-a-dia começar a guardar as coisas, como que eu te explicar, tipo assim eu faço minha produção, faço tudo, mas e aí, tipo assim eu tenho um gráfico, eu tenho alguma coisa que me diz: olha eu estou melhorando nisso, eu estou piorando naquilo. [...] como avaliar o meu serviço, isso com o curso eu percebi que eu precisava fazer isso, de estar assim tentando me avaliar também, tipo: ah está aumentando a extração de dentes por que? Porque a escovação está ruim nas escolas? O que a gente pode melhorar? Temos que fazer mais promoção de saúde, então isso daí a gente é uma facilidade do curso [...]. (D4)

Em uma das falas de um entrevistado fica claro o processo de auto-análise e reflexão sobre a sua formação de cirurgião-dentista, no qual não teve a oportunidade de discutir sobre planejamento e avaliação das suas ações. Esse profissional relata que a sua aprendizagem foi durante a rotina do trabalho e que o CEABSF possibilitou a mudança da visão sobre a saúde pública e a melhor organização do seu processo de trabalho. Isso vai de encontro ao preconizado pelo MS em que o objetivo da EPS é promover transformações em atitudes pessoais e profissionais, suprimindo as lacunas da formação para esse novo olhar (BRASIL, 2005).

O curso pra mim foi justamente mais ou menos isso, primeiro ele me ensinou, porque eu posso dizer por mim, não lembro de lá na minha universidade, nas aulas que eu tive sobre saúde pública, ter alguma coisa desse tipo de programação de fazer, que eu me lembro nunca existiu, tá, eu estou falando por mim, não sei as outras universidades ou outros dentistas, então assim, o que eu via é que na minha universidade e depois que eu comecei a atender você vai aprendendo com o tempo, essa coisa de organização e tudo, o curso me deu essa possibilidade de fazer uma coisa concreta, e com padrão, não uma coisa muito no oba oba, mas tendo um padrão de organização, pra mim a maior facilidade, a coisa que o curso

mais me ajudou foi nisso em me organizar e ver que as coisas não estavam boas, apesar que eu poderia até estar achando que estava legal, entendeu, que o atendimento estava bom, mudou minha visão de ver a saúde pública, de ver é que a coisa está é muito bagunçada mesmo e que pra arrumar não vai ser fácil, eu acho que ... o curso mais me ensinou e me ajudou pra o futuro é isso. (D4)

Segundo a PNAB, a vinculação dos processos de EPS à estratégia de apoio institucional pode potencializar enormemente o desenvolvimento de competências de gestão e de cuidado na atenção básica, na medida em que aumenta as alternativas para o enfrentamento das dificuldades vivenciadas pelos trabalhadores em seu cotidiano (BRASIL, 2012).

As instituições formadoras têm um papel importantíssimo no processo de EPS por promoverem meios à formação dos profissionais, considerando os princípios de descentralização, ascendência e transdisciplinaridade (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Nessa perspectiva, a UFV, através do DEM, criou um grande projeto de extensão, formado por um grupo de professores cooperadores vinculados ao curso de Enfermagem desta universidade. Essa estratégia foi iniciada neste ano de 2014, intitulada de Projeto de Extensão de Educação Permanente, no qual o público-alvo seriam os profissionais: técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde e enfermeiros atuantes nas ESF do município de Viçosa (PEP-APS). Esse projeto, em parceria com a secretaria municipal de Viçosa, conta com a participação de quatro professoras, incluindo a autora desta dissertação, e ainda 16 alunos da graduação (bolsistas e voluntários). O objetivo do projeto é promover educação permanente destes trabalhadores, a partir da divisão da equipe em três subprojetos para cada respectiva categoria profissional. São realizadas oficinas educativas mensais, atividades de dispersão e encontros trimestrais para avaliação e encontro de todos os três sub-projetos contando ainda com a participação de representantes da gestão municipal de saúde.

Apesar do pouco tempo de realização do projeto, este já possui significado na fala dos entrevistados como importante estratégia de EPS, já que se observa uma postura mais proativa ao processo educativo:

[...] agora tem a questão do PEP, tem a proposta do PEP aqui da UFV junto com a gente, eu acho que tem ajudado muito também, apesar que só foram dois encontros para cada seguimento, pra o técnico, agente e enfermeiro, mas que eu acho assim que, como as vezes, é igual eu to te falando, na questão do serviço e vai te tomando, você vai fazendo outras coisas e deixando, o que seria tão importante um pouco de lado, quando você sai daqui e vai específico pra lá, você acaba vendo que... tem outra coisa [...], então eu acho que isso assim deixa os agentes um pouco mais abertos, os técnicos, nós enfermeiros puxando mais pra responsabilidade disso que ta precisando, mas eu pra te falar com sinceridade, eu vejo a importância, [...] (E1)

O processo de educação permanente com o ACS está começando agora [...] (PEP- APS UFV) (D1)

Os municípios devem ocupar o lugar central na construção das políticas de EPS no SUS, já que são espaços em que se concretizam a maior parte das ações de saúde e o trabalho das equipes de saúde. Além disso, é nesse território que se inserem docentes e estudantes para as práticas de ensino-aprendizagem. Logo, essa articulação ensino-saúde é imprescindível para a concretização dessa política (BRASIL, 2003).

Outras ações realizadas em parceria com a UFV foram destacadas como importantes oportunidades para a realização da EPS com a equipe. As aulas práticas das disciplinas e o estágio supervisionado conveniado com a instituição e o município são marcadamente mencionados:

[...] o que eu tenho percebido que uma das coisas que tem ajudado muito nessa questão é a própria universidade e estagiários junto com a gente [...] a gente teve sentado com os agentes, com os estagiários participando, [...], conversando sobre a saúde da criança, da saúde da mulher, então eu achei assim foi muito rico, sabe, essa experiência, porque não só a gente pode estar acrescentando no dia-a-dia, mas eu acho que também esse espaço que tem vindo outras pessoas parece que dá um oxigênio assim, até essa uma discussão boa, com dinâmica, foi bem bacana. [...] Igual eu te falei, quando as estagiárias estavam aqui, eu via a necessidade e traziam e faziam esse trabalho, e que parece que já tava vindo e fazendo a mais tempo. (E1)

Então quando tem, a gente, igual, infelz..., ultimamente quem mais faz são os acadêmicos, a gente as vezes, tem um tema, a gente fala: a gente gostaria muito que de falar com eles sobre [...] Isso igual foi agora a implantação da sala de vacina, aí a gente sentou junto pra que eles (os estagiários) fizessem..., organizou pra eles fazerem uma capacitação pra sala de vacina, [...] pra eles (ACS) saberem está olhando cartão, anotando;

aí nós sentamos, pedimos e falamos o que a gente queria, gostaria, ajudamos a montar, aí eles (estagiários) passaram. Então, curativo foi a mesma coisa, porque assim, igual eu te falei, infelizmente o que nos falta é tempo, mas nessas reuniões das duas equipes a gente tenta passar um tema pra que seja discutido [...] (E2)

Para a facilitação da EPS, os municípios devem cumprir um papel fundamental na mudança da formação profissional. Espera-se um município ativo na identificação de necessidades de formação e desenvolvimento (conteúdo e metodologias) assim como na formulação de demandas para a produção do conhecimento (BRASIL, 2003).

A relevância das parcerias com outras entidades e lideranças comunitárias pôde-se identificar nas falas dos entrevistados. Percebe-se que o envolvimento dessas instituições locais facilitam ainda mais o trabalho em equipe e a criação de vínculo por assim pertencerem ao próprio município ou ter muitos anos de trabalho na mesma ESF.

[...] a gente tem com a UFV, tem com a escola, que a gente, agora o Saúde na Escola, tem com a APOV, agora tem com uma outra instituição que eles estão pedindo pra que a gente faça. [...] que você tem que ter, então assim eu acho assim, esse trabalho junto, agora o conselho local que a gente está criando a gente tem várias pessoas que estão ajudando, então isso é bom, isso igual eu falo: eu tenho o prazer de ir no conselho que eles ajudam a gente a pensar, a enxergar e querer correr mais atrás, isso é um ponto positivo. (E2)

[...] buscar é [...] como parceiros, o que tem na sua localidade [...] no seu território mesmo, que possam te ajudar, a fazer esse trabalho. (E1)

As lideranças comunitárias fazem parte do grupo dos informantes-chaves fundamentais no processo de planejamento das ações da equipe, já que esses conhecem muito bem a realidade da comunidade, contribuindo com informações relevantes sobre as condições de vida da população, além de contribuírem para o controle social (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Outro entrevistado manifestou também como a condição de ser natural da cidade facilita a aplicação da EPS pelos profissionais de saúde. Por pertencerem à mesma localidade, os integrantes acabam se envolvendo e se responsabilizando mais com os problemas da comunidade e sua resolução:

[...] sabe, porque eu sou daqui, o enfermeiro é daqui, quando a gente é do município, eu não sei, mas a gente acaba envolvendo mais, entendeu, então [...] eu acho que isso aí faz a diferença, ao só vir por vir, né?! Porque vou te falar, ficar no consultório atendendo é mais fácil do que você lidar com essas outras coisas, de preparar alguma coisa [...] (D3)

Outros discursos permitiram a compreensão sobre a superação de um dos desafios da ESF: a rotatividade dos profissionais. Alguns trabalhadores relatam que a permanência dos profissionais nas equipes e sua atuação por muitos anos facilita a EPS. Isso se deve ao fato de que eles, além de terem mais vínculo com a comunidade, conhecem melhor a realidade e dificuldades da população adscrita, bem como o seu território de atuação.

[...] então, eu tenho seis agentes de saúde, a maioria são velhos de casa, tem dezesseis anos de trabalho [...] (E4)

[...] os agentes de saúde que aqui são agentes que já tem dez anos de serviço, oito, tem uma que tem quinze anos. Muito tempo de casa! Então eles sabiam todas as áreas de risco, os pacientes de risco, os idosos frágeis, então tudo que eu tinha ter mais atenção e com aqueles que eu poderia deixar pra conhecer mais intimamente depois, então, eu busquei fazer o diagnóstico pra eu poder entender a minha comunidade pra depois começar intervir nas ações. (E5)

Então assim você vê que eles acreditam mesmo, né!? No seu trabalho, na forma do atendimento e isso eu agradeço também ao agente de saúde que leva tudo pra família, que consegue trazer essa pessoa pra mim também, né!? E quando também ele chega aqui eu tenho que saber conquistar porque se ele chega e [...] não acredita ou não gosta do atendimento ele não vai voltar, né?! (E4)

O trabalho em equipe foi destacado como um dos facilitadores e motivadores para a realização da EPS. O compartilhamento de ideias, saberes e competências para a resolução de problemas em equipe tem potencial governabilidade para enfrentamento dos problemas no cotidiano do trabalho.

[...] a gente não espera muito das pessoas. O que a gente vê que tá difícil a gente tenta ir [...] se o problema for assim, for nosso aqui enquanto equipe, eu não encontro dificuldade não, tudo que vem da gente aqui a gente consegue resolver é... eu falo assim, se for um problema familiar as vezes é mais difícil [...] (E4)

[...] mas eu acho assim o mais gostoso é quando tem a união da equipe, quando você coloca uma idéia e o outro compartilha, eu acho que é isso que faz a diferença, sabe esse trabalhar em equipe assim, eu acho que faz a diferença, e você vestir a camisa [...] (D3)

Como facilidade pra... porque assim em alguns lugares eu imagino assim quando o dentista ou o enfermeiro ou qualquer um não tem essa entrada aí ele vai ter que procurar tudo sozinho. No meu caso eu vejo com muita tranquilidade se eu tenho algum problema, medicamentos ou qualquer coisa que seja e eu preciso saber a causa e aprofundar nisso tem os enfermeiros que podem me ajudar, a farmacêutica ali que também eu tenho uma... eu consigo eu vejo isso como facilidade essa proximidade. (D4)

[...] eu acho assim que é o trabalho em equipe também, quando a gente, quando todo mundo pega e coloca aquilo como prioridade, vai com aquele entusiasmo, com aquela coisa, a gente, né?! [...] eu não tenho dificuldade, mas eu vejo que quando eu sento com outras pessoas sempre a gente colhe, é muita sugestão boa, entendeu?! Facilita, facilita. [...] Porque vai ter uma feira, uma feira na escola aqui, sem ser sábado no outro, então aí cada um vai ficar responsável por uma coisa, aí a saúde bucal, vai ter lá, aí eu pensei algumas coisas e ontem eu sentei com as meninas, a gente tava conversando ali, e o tanto de idéia nova que [...] (D3)

Um profissional cirurgião-dentista ressalta a importância da equipe para fomentar a integração da ESB com os outros profissionais da ESF. Para ele o ponto diferenciador e determinante é o bom trabalho em equipe, com resultados:

[...] que facilitou muito foi esse trabalho em equipe mesmo de [...] porque uma coisa que aqui, pelo menos a GRS fala assim que a gente, né, eles gostam é porque muitos lugares a saúde bucal é só a saúde bucal, não sei se você vai observar isso, não parece que a saúde bucal faz parte da [...] ESF. (D3)

5.2.3 Dificuldades na aplicação da Educação Permanente em Saúde

As dificuldades apresentadas nas falas dos entrevistados possibilitaram reconhecer alguns pontos que comprometem ou impedem a aplicação da EPS.

A vivência da autora desta dissertação como enfermeira da ESF e como docente neste cenário de prática permitiu a observação de certas dificuldades para o desenvolvimento de ações educativas com a equipe de saúde.

Paulino (2008) discorre sobre o desafio do enfermeiro na implantação da EPS. Segundo esse autor, o desafio é pautado nas novas responsabilidades com a comunidade em que a equipe de trabalho necessita implantar os programas do MS; investigar o perfil epidemiológico da população adscrita; e articular com entidades e

líderes comunitários, além de serviços de gestão. Isso mostra a necessidade profícua de capacitação desse profissional para o planejamento e aplicação de ações de EPS. Podemos perceber que essa sobrecarga do enfermeiro é um dificultador na aplicação da EPS:

A Enfermagem ela é muito sobrecarregada principalmente na parte burocrática [...] eu acho [...] que tinha que ter mais um enfermeiro na equipe... eu acho que acaba sobrecarregando [...] então o que acontece, a gente acaba se perdendo um pouco em observar o que está acontecendo mais de perto, tanta coisa acontecendo ao mesmo tempo, então sempre chega mais alguma coisa, então assim, uma coisa que eu falo que hoje a saúde da família se fala em equipe mínima eu acho que essa equipe está muito mais que (risos) mínima mesmo porque não tem como mesmo, com esse tempo todo que eu tenho trabalhado [...] (E1)

[...] quando eu cheguei, assim, o mais correto seria eu sentar, fazer um diagnóstico situacional pra identificar, acho que o mais difícil seria esse sentar, parar e fazer, e seria o correto pra eu conhecer melhor minha área, porque assim, eu vejo alguns problemas, mas depois vou descobrindo outros, entendeu, porque se eu sentasse, parasse e fizesse todo esse processo, fizesse essa análise, eu acho que, seria melhor, mas me falta também tempo pra fazer isso, porque isso requer, mais [...] sentar olhar e eu acho que assim [...] isso é uma falha [...] com muito papel e o que mais atrapalha muito são essas consultas, que mais atrapalha, então porque tem alguns lugares tem uma referência, então o papel da consulta não fica com você, então eu tenho que ficar muito em cima daquilo [...] É pra marcação. [...] Então eu acho que assistência fica a desejar, eu deveria fazer mais visitas, deveria fazer mais grupos, então assim, o que me prende é isso, fazer mais capacitações com os agentes, então isso acaba [...] (E2)

Eu acho [...] não, com certeza. Nossa aqui assim [...] você está ocupado com um monte de outra coisa. O seu trabalho passa a não ser só esse de ficar estudando esse diagnóstico e fazer essa parte [...] porque assim tem outras atividades que vem junto com o PSF, igual eu te falei [...] sei lá desde um teste de toxoplasmose que é função nossa fazer, desde o menos complexo para o mais complexo. Então eu acho assim que hoje a dificuldade, o problema é basicamente concentrado aí, sabe, na falta de tempo e no que a gente faz que não deveria ser função nossa e sim de outra pessoa [...] um plano de gestão não é cargo do enfermeiro de saúde da família é cargo da gestão, entendeu, então fica a cargo nosso, uma coisa trabalhosa. [...] Então eu acho assim o problema da sobrecarga de serviço, da sobrecarga de fazer aquilo que não é de função nossa, e ser obrigado a fazer, porque você não tem muita opção de falar: ah eu não quero fazer. Você tem que fazer! (E3)

[...] algumas dela por excesso de serviço, um exemplo, esse ano, a gente teve que implantar é... o protocolo de Manchester juntamente com as ações do programa saúde na escola, cultivar, nutrir e educar. Então a gente tava muito focado nas escolas e no programa. Então eu acho que tomou muito

tempo da gente, então algumas ações se a gente conseguisse, o apoio e a verba, a gente não conseguiria desenvolver. Eu acho que cada vez mais a saúde da família eles estão incluindo ações pra gente e pouca mão de obra, entendeu, o enfermeiro hoje ele precisaria muito de um apoio de um gerente dentro da unidade, sabe, pra ajudar porque o assistencialismo com a burocracia da papelada atrapalha muito a gente em desenvolver as nossas ações, sabe?! (E5)

Sena et al. (2014) em seu estudo identifica a importância da participação do profissional enfermeiro na organização das condições estruturais para a realização do cuidado em saúde e em enfermagem, através da estruturação das condições físicas de materiais e instrumentais para o cuidado, mas também na gestão de pessoas e conflitos. O processo de trabalho dos enfermeiros na gerência tem como alicerce a articulação entre a dimensão assistencial e gerencial, mobilizando ações nas relações, interações e associações entre as pessoas que vivenciam a organicidade do sistema de cuidado complexo e multiprofissional, constituídas por equipes de enfermagem e de saúde integradas e com competências, aptidões, potenciais gerenciais próprias ou vinculadas às atividades dos enfermeiros.

Um fato também agravante relacionado à sobrecarga do profissional enfermeiro foi detectado na situação em que algum membro da equipe é impedido de exercer as suas funções por algum motivo, como doença ou licença maternidade. O enfermeiro acaba por assumir mais esta atividade no período de afastamento do funcionário, principalmente se este for o técnico ou auxiliar de enfermagem, conforme verificado nas falas a seguir:

[...] a gente acha assim quarenta horas semanais é muito grande, mas não é, a comunidade requer muito da gente. Então fica muito dificultoso é [...] a gente tem técnicos de enfermagem que atuam com a gente, porém falta algum deles, igual, eu tenho duas, uma fica só na farmácia e a outra fica na assistência junto comigo, porém essa outra eu recebi novamente tem um mês, porque ela ficou seis meses fora, entendeu, eu tive que me virar sozinha pra atender a comunidade toda em questões de visita domiciliar, apoio a comunidade, educação permanente e cuidados aqui dentro e porque a técnica da farmácia não poderia se ausentar, porque atendimento farmacêutico é o tempo todo. Então são questões que assim fogem um pouco [...] a gente não consegue, segurar porque já vem mais de cima da gestão, da prefeitura, dos recursos humanos então complica. (E5)

Observando os discursos, foi possível destacar que os dificultadores do processo de trabalho da ESF - que por sua vez prejudicam a implementação da EPS

- incluem: a falta de tempo, o excesso de atividades burocráticas e a verticalização de programas e ações que exigem mudanças da programação da equipe. Esses aspectos, quando percebidos de forma associada, convergem para a constatação de um processo de trabalho ainda persistente como biomédico, fragmentado e hegemônico (MENDONÇA E NUNES, 2011) e ainda permeado por dificuldades em compatibilizar as demandas gerais e necessidades locais. Ou seja, o alto grau de normatividade da ESF, com base em ações programáticas, pode contribuir para a divisão parcelar do trabalho e assim impor limite para a realização de planejamento de um projeto assistencial local (KELL e SHIMIZU, 2010).

No entanto, não podemos pensar também que o enfermeiro é o único responsável pela EPS da equipe. A EPS não é construída por um único ator. É necessário pensar em facilitadores no processo de EP, conforme colocado por Mancia, Cabral e Koerich (2004).

O enfermeiro é responsável pelas atividades administrativas voltadas à estrutura e gerência de processos funcionais, cabe a ele desempenhar o papel de controle dos funcionários da unidade, gerenciar questões administrativas, como elaboração de escalas mensais e de férias, organizar o trabalho da equipe de enfermagem prestadora do cuidado, sendo o supervisor (responsável técnico) das atividades assistenciais prestadas pelos técnicos e auxiliares de enfermagem (SENNA et al., 2014).

A ausência de organização do processo de trabalho da equipe foi outro aspecto apontado nas falas dos entrevistados como dificultador para a organização de tempo para ações de EPS. Essa constatação contrapõe-se às facilidades relatadas anteriormente adquiridas com os módulos da unidade didática I do CEABSF que justamente discutem sobre o processo de trabalho, bem como a sua organização, planejamento e avaliação.

Eu acho assim, tempo, é corrido, mas [...] quando a gente acha necessária, a gente coloca [...] eu acho que rotina, a rotina que a gente, por mais assim que o curso tenha ajudado, mostrado, mas acho que a rotina do dia-a-dia as vezes vai [...] porque a gente preocupa em resolver [...] o problema é não sentar e identificar a causa e evitar, então eu acho que [...] assim é uma falha mesmo que as vezes já teve subsídio pra isso [...] (D3)

[...] então isso pra ser honesto foi a primeira coisa que a gente fez que pode se dizer planejamento entre a equipe de saúde bucal e a equipe de saúde da família. (D4)

[...] é muito complicado porque você está fazendo educação aí às vezes [...] tem um problema de assistência que precisa ser resolvido com mais rapidez aí a gente fica perdido [...] por mais que você planeja que você faz, planeja, você senta, sabe e quando você vai colocar realmente em prática você vê que por mais que você faça uma agenda, se programa é alguma coisa sabe [...] foge um pouco assim, daquilo que você planejou então eu acho que frustra muito. (E1)

Bom é mais uma dinâmica [...] que a enfermeira da equipe é [...] está fazendo a gente acompanhar, nós (ESB) estamos acompanhando [...] não existe um planejamento de ação e existe uma troca de idéia, mas normalmente como a equipe médica tem mais ações [...] são ações que você planeja e que na hora de colocar em prática tem dificuldades você depende da equipe, você não faz sozinha, você é de uma equipe. (D1)

A PNAB (2012) preconiza que a organização do processo de trabalho das ESF seja fundamentada na análise da situação de saúde na população adscrita sob sua responsabilidade. A partir das necessidades encontradas, nos seus riscos e problemas de saúde diagnosticados, são primordiais: a organização de ações, através de um planejamento participativo; a criação de uma agenda de trabalho compartilhada a todos os profissionais da equipe de forma a facilitar o acesso dos usuários. É importante destacar que além das ações assistenciais (consultas, visitas domiciliares e grupos educativos) devem-se incluir ações de natureza gerencial, de produção e processamento de dados, de monitoramento e avaliação das ações de saúde, de vigilância em saúde, de articulação intersetorial, de controle social e de educação permanente da equipe.

A falta de motivação dos profissionais da ESF foi outro problema levantado pelos sujeitos da pesquisa, se constituindo, assim, em mais um desafio para aplicação da EPS:

[...] às vezes dificuldade, assim, porque o que acontece você tem a idéia, você constrói a idéias, só que tem gente que não compra a sua idéia, (risos), então você não trabalha sozinha. [...] eu acho que é também de motivar as pessoas pra que façam também [...] o negócio mais difícil que eu acho depois é motivar as pessoas a comprar a sua idéia, entendeu?! [...] o negócio é motivar a equipe toda, eu acho mais difícil, porque a gente esquematiza tudo, só que na hora, alguma coisa dá errado, entendeu, porque o agente não convidou o número de pessoas, ele não está tão motivado, acha que vai dar errado [...] (E2)

Mas eu acho que não é nem por essa, acho que é por falta mesmo da equipe colocar como prioridade, ter essa vontade de fazer. (D3)

Então eu acho assim, primeiro que o problema está no profissional mesmo, às vezes você não gosta [...] você faz, mas ninguém quer te ajudar, ninguém quer [...] entendeu, então assim, falta trabalho em equipe ainda sabe [...] virar um compromisso de todo mundo e não só um compromisso de uma pessoa, mas de todos [...] então assim, é mais o envolvimento, e o comprometimento de cada um, no desenvolvimento das ações [...] (E3)

[...] quando a gente não vê envolvimento a gente fica desanimado sim. (E4)

Para que a EPS aconteça, os atores envolvidos deverão sentir-se convocados à criação, à abertura e ao coletivo, e principalmente que estejam motivados para participarem ativamente nas resoluções dos problemas, já que as “rodas” remetem às práticas individuais e coletivas cotidianas sob interrogação, questionando a capacidade do cuidado e de aceitação do novo (CECCIM, 2007; CECCIM; FERLA, 2008; CECCIN, 2008; SILVA et al., 2010). Assim, para promover a motivação entre os profissionais, é fundamental a gestão dos serviços de saúde para balizar um processo de trabalho eficiente e eficaz e também o protagonismo da própria equipe para o desenvolvimento das ações de EPS.

Outra questão a destacar que foi desvelada nos discursos de dois cirurgiões-dentistas entrevistados, diz respeito sobre a pouca interação e integração da ESB com os outros integrantes da equipe. Seja pelo próprio profissional cirurgião-dentista, seja pelos outros profissionais que fazem parte da ESF, o incipiente trabalho integrado prejudica o desenvolvimento da EPS:

Porque a equipe de saúde bucal tem a ESB e os outros profissionais. Então como ela é o maior volume, de profissionais, então a equipe odontológica é menor, só praticamente o profissional, que as ACS são divididas entre a equipe médica e a odontológica, então ela, a equipe odontológica, tende a acompanhar as ações, né [...] (D1)

[...] o enfermeiro tem que ter um contato maior com o médico e com os agentes comunitários, com o dentista nem tanto é um trabalho mais isolado mesmo, isso que eu acho de dificuldade, [...] o meu término de curso o trabalho foi sobre a dificuldade de integração da equipe de saúde bucal com a equipe de saúde da família, meu trabalho foi dentro disso. [...] “Então eu não tenho como te falar algum projeto ou alguma coisa em que as equipes de saúde bucal e de saúde da família fizeram um planejamento juntos e [...] (D4)

Foi um ponto facilitador pra enxergar essas coisas, entendeu, essa problemática, só que o problema às vezes é além das nossas responsabilidades também, da questão própria estrutural, o que eu quero dizer assim, no caso da minha profissão dentista, ele é um sujeito afastado (risos) ele fica afastadinho no consultório dele por mais que é do PSF. (D4)

Lourenço et al. (2009) em seu estudo verificou que apesar dos cirurgiões-dentistas estarem inseridos nesse “novo” cenário de uma equipe multiprofissional, nem sempre estão preparados e com disposição para agirem de forma integrada. Lidar com essa situação representa um grande desafio para esses profissionais, já que fazem parte dessa realidade os conflitos, as resistências e as disputas, sendo que muitos deles não tiveram nenhum treinamento para iniciar na saúde da família. A clínica particular como concepção de prática da odontologia de mercado, centrada no indivíduo doente realizada por um sujeito individual no restrito ambiente do consultório acaba como prática desse profissional. Apesar disso, muitos cirurgiões-dentistas (76,2%) que participaram da pesquisa responderam a existência de integração entre a ESB e a ESF no atendimento às famílias. No entanto, tal integração não se manifestou no planejamento e/ou na troca de saberes, pois das ESB que relataram realizar reuniões periódicas entre todos os componentes da ESF, apenas 27% as executavam em curto período (semanalmente ou quinzenalmente) e as demais equipes faziam reuniões esporádicas ou não realizavam. Além disso, 69% das ESB não utilizavam prontuários únicos com as ESF. Assim, embora houvesse um contato entre os profissionais, não se podia classificar este de interdisciplinaridade e/ ou multiprofissionalismo.

Outras questões que podem explicar essa situação de distanciamento entre os profissionais da ESF sugerem a inserção tardia das ESB na ESF e pela demanda excessiva que toma grande parte do tempo da ESB, impedindo-a de interagir com os demais profissionais. Porém o cirurgião-dentista não deve se limitar no campo biológico ou no trabalho técnico-odontológico fazendo-se necessária a ampliação do conhecimento para a abordagem do usuário como um todo. Logo, a troca de saberes e o respeito mútuo às diferentes percepções devem acontecer permanentemente entre todos os profissionais de saúde para possibilitar que ninguém perca o seu núcleo de atuação específica. Porém, é necessário que a

abordagem dos problemas assuma uma nova dimensão, e que o cuidado passe a ser de responsabilidade compartilhada (LOURENÇO et al., 2009).

Um dos entrevistados cita a gestão como corresponsável dessa atitude do profissional odontólogo, já que ele se sente obrigado a ficar realizando atendimentos individuais para o cumprimento de metas, algo muito cobrado pelos secretários de saúde.

[...] e os dificultadores vêm infelizmente pela nossa realidade, como eu disse o dentista também de uma certa acaba que ele fica meio que isolado e os próprios governantes, os próprios gestores querem que a gente fique atendendo. (D4)

A partir da Constituição de 1988, com a criação do SUS, princípios como descentralização, comando único em cada esfera de governo, controle social, acesso às ações e serviços de saúde de forma universal e a implantação de uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada se tornaram alguns dos marcos deste sistema de saúde. Apesar dos avanços inquestionáveis, muitos são os desafios para a sua consolidação (PNAB, 2012).

Uma das grandes dificuldades impulsionadas, principalmente pela necessidade de compartilhar a responsabilidade pela qualidade de vida da população entre as diferentes esferas de governo, a negociação dos repasses financeiros e gestão da saúde, anteriormente normatizados pelas Normas Operacionais Básicas (NOB 01/96) e Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS 01/02) foram substituídas em 2006 pela criação do Pacto pela Saúde, este que possuindo três dimensões: Pacto em Defesa do SUS, Pacto pela Vida e Pacto de Gestão (GUERREIRO; BRANCO, 2011).

O financiamento, que antes era realizado a partir de quantitativo de procedimentos realizados e sem avaliação e monitoramento, passa a ser organizado a partir de um pacote de ações (com compromissos e metas) financiadas pelo Bloco Financeiro da Atenção Básica através do Piso da Atenção Básica (PAB) fixo e do PAB variável, através da realização de estratégias específicas como: implantação de equipes de Saúde da Família; números de ACS; implantação de ESB; compensação

de especificidades regionais; fator de incentivo da AB aos povos indígenas, e incentivo à saúde no sistema penitenciário. A criação das Comissões Intergestora Bipartites (CIB) e das Comissões Intergestora Tripartites (CIT) gera espaços de discussão e deliberação das diretrizes e dos compromissos estabelecidos com as esferas do governo. As CIB promovem a relação entre municípios e estado e a CIT, entre as três esferas de governo (GUERREIRO; BRANCO, 2011; PNAB, 2012).

Infelizmente, outro dificultador da EPS encontrado trata-se daqueles profissionais que ainda não conseguem perceber a mudança do modelo assistencial. Esses profissionais permanecem com as concepções do modelo antigo voltadas para ações curativas, para o trabalho individualizado, não valorizando o trabalho em equipe. Existem colegas trabalhadores, membros da equipe, que não conseguem enxergar os problemas da comunidade e não planejam as suas ações de acordo com a real necessidade. Essa compreensão se deu a partir da interpretação das falas:

Porque eu acho o grande problema ainda eu acho que tá na cabeça das pessoas desse modelo curativo, de achar que aqui é “postão” de chegar aqui, atendeu e vai embora e não é isso que a gente quer, eu falei com eles que pra mim isso não presta, assim eu não gosto disso, eu gosto de mudar, de fazer diferente [...] Mas a gente fica assim afobada querendo que as coisas dêem certo! Só que infelizmente assim ainda está na cabeça das pessoas, assim dos profissionais esse modelo. (E2)

[...] deles enxergarem isso como ferramenta essencial do processo de trabalho, sabe, e aplicar isso, sabe, eu acho assim [...] Junto com os agentes, as vezes você consegue, então assim tem isso muita desvalorização profissional, as vezes eles acham que esse trabalho é esse de porta em porta, uma coisa desvalorizada [...] (E3)

[...] a maior dificuldade eu acho que é isso, são os profissionais que estão aí na saúde pública, parar de ver a saúde pública como uma coisa ruim [...] eu acho que determina o tempo, determina isso daí o querer também, porque é o seguinte, é muito fácil, não que seja fácil, na verdade é difícil, mas é mais prático, vamos assim dizer você apagar incêndio [...] que é uma coisa que é muito, infelizmente, na saúde pública as vezes não tem, né, você simplesmente entra trabalha e ponto. Você não observa o que você precisa, então assim, até que a gente consegue ver os problemas. (D4)

[...] a gente teve muito problema aqui dentro de convivência, sabe, assim às vezes de confusão de: ah fulano que brigou com outro, então assim tentou, aí chamou a psicóloga fez uma oficina com eles de seis reuniões que trabalhava trabalho em equipe, sobre relacionamento interpessoal, em equipe, sabe reunia todo mundo junto, a gente parava um tempo pra estar

fazendo as reuniões, pra estar fazendo essa oficina, então a gente está muito voltado ainda para o problema sabe em vez de estar voltado pra continuidade, estar voltado mais pra o que acontece de problema. (E3)

É assim você acompanha porque, vamos supor você vai dá assistência a uma gestante, você agenda uma gestante para um atendimento odontológico fora do dia, fica difícil [...], porque ela não vem na unidade pra ter atendimento odontológico a não ser que ela tenha dúvida. Então a ESB acompanha [...] do enfermeiro com o médico [...] tanto que hoje é hipertenso, se o usuário passar primeiro no médico, as vezes se você não fizer uma busca ativa dele aqui, ele vai embora e não pára aqui, porque existe uma supervalorização do profissional médico [...] (D1)

A mudança do modelo assistencial a partir de uma reorganização do processo de trabalho é o problema atual enfrentado pelas equipes de ESF, pois ainda possui uma herança da tradição do modelo médico-centrado. Embora esteja direcionado para as práticas interdisciplinares, não há segurança da ruptura do antigo modelo. O processo de trabalho da equipe e o cuidado ao usuário ainda estão muito ligados à concepção de saúde-doença, o qual define o perfil da assistência. Para tanto, faz-se necessário um novo pensar e agir, em um modelo assistencial centrado no usuário, para ressignificar o modo de trabalho, no qual a finalidade seja a produção do cuidado, a autonomia do sujeito, orientada pelo princípio da integralidade, através de ferramentas como a interdisciplinaridade, intersetorialidade, trabalho em equipe, humanização e a criação de vínculos usuário-profissional-equipe. Essa mudança refletirá no planejamento e avaliações de ações para a melhoria da qualidade da assistência (RODRIGUES; ARAÚJO, 2005; SANTIAGO et al., 2011).

Vale ressaltar que pouco foi observado quanto à importância do controle social incorporado ao processo de EPS. Lembrando que este também constitui um dos atores participantes das ações educativas, que pouco tem sido organizado, trabalhado e divulgado apesar de ser um dos pilares do SUS. Conforme Stroschein e Zocche (2012) apontando a EP como direito social coletivo, tendo em vista as transformações na configuração dos direitos sociais e das políticas públicas de educação e trabalho.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nessa pesquisa procurou-se aprofundar no campo das experiências dos profissionais-egressos do CEABSF sobre a aplicação da EPS, bem como as suas facilidades e dificuldades encontradas durante o processo de trabalho.

Percebe-se um movimento de ações que estão sendo realizadas a fim de trabalharem a EPS dentro da equipe como capacitações para os profissionais inseridos na ESF, as reuniões para a organização do processo de trabalho e consequentemente as ações de educação em saúde com a comunidade.

Entre as facilidades observadas, foi notória a colaboração do curso de especialização como potencial provocador de mudanças no cotidiano do processo de trabalho na ESF destes sujeitos de pesquisa. Foram também encontrados vestígios de que alguns sujeitos foram capazes de desenvolver EPS para mudança de comportamento, processo de trabalho e concepções do novo modelo.

Outras facilidades que emergiram do estudo foram as parcerias realizadas, citando como exemplo a instituição formadora (UFV), o trabalho em equipe e a vinculação dos profissionais com o município e comunidade, por pertencerem à cidade ou terem muitos anos de trabalho na mesma equipe.

É preciso enfatizar que as temáticas e demandas para a EPS não se definem a partir de necessidades individuais de atualização, nem orientações dos níveis centrais de organização, mas prioritariamente a partir dos problemas da organização do trabalho, considerando a necessidade de prestar uma assistência de qualidade, com ética, humanidade e integralidade.

Foi possível também reconhecer os desafios que precisam ser superados para o desenvolvimento da estratégia da EPS. Dentre esses, os mais marcantes pode-se mencionar: a sobrecarga do profissional enfermeiro, a ausência de organização do processo de trabalho da equipe, a falta de motivação dos profissionais da equipe de ESF, a pouca interação da ESB e os outros integrantes

da equipe, e a persistência de concepções do modelo antigo em que o processo de trabalho é centrado na doença e demanda espontânea.

Vale ressaltar que ainda são incipientes as ações para o controle social incorporado ao processo de EPS. O usuário do serviço de saúde constitui um dos atores das ações educativas, que pouco têm sido organizadas, trabalhadas e divulgadas, sendo este um dos pilares do SUS.

O desejo é que a parceria entre ESF e EPS proporcione a formação e o desenvolvimento de um profissional crítico à sua prática, capaz de elaborar mudanças na sua realidade, promovendo qualidade e resolutividade às necessidades dos usuários.

É relevante não deixar de mencionar que durante as entrevistas os sujeitos de pesquisa manifestaram pela continuidade do processo educativo e não desvinculação com os profissionais-egressos, como forma mantenedora de EPS, logo qualificação profissional, o que poderá contribuir para um aprimoramento contínuo da assistência.

Espera-se que esse trabalho possa contribuir para a consolidação do processo da EPS e trazer contribuições não só para aprimoramento do CEABSF, mas também para os demais processos educativos similares vigentes hoje no Brasil e no mundo. Isso pode ser possível através do incremento de novas ferramentas pedagógicas que potencializem as facilidades e minimizem as dificuldades para a discussão e aplicação da EPS no processo de trabalho da equipe. Assim, favorecer essa reflexão permite o (re) conhecimento da EPS como política que orienta a formação e a qualificação destes trabalhadores, apoiando os processos de mudança e a implantação da Reforma Sanitária e a construção do SUS, para um melhor atendimento às necessidades de saúde dos cidadãos.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Raphael Augusto Teixeira de. **A universidade e as políticas de educação permanente para a estratégia saúde da família**: um estudo de caso. 2010. 216 f. Tese (Doutorado em Educação) - Faculdade de Educação, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010.

BARDIN, Lawrence. **Análise de Conteúdo**. 1. ed. São Paulo: Ed Almedina Brasil, 2011. 279p.

BRASIL, 2014. MS/Departamento de Atenção Básica. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/abnumeros.php>>. Acesso em: 8 setembro de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: DF, 2012. 110p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2013.

(_____.). (_____.). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: DF, 2009. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_e_saude.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude.pdf)>. Acesso em: 10 nov. 2013.

(_____.). (_____.). Portaria GM/MS nº 1.996 de 20 de agosto de 2007. **Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências**. Diário Oficial da União, Brasília, 22 ago. 2007. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude.pdf. Acesso em: 10 nov. 2013.

(_____.). (_____.). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **A Educação Permanente Entra na Roda**. Brasília: DF, 2005. 36p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/educacao_permanente_entra_na_roda.pdf. Acesso em: 10 de nov. 2013.

(_____.). (_____.). Portaria GM/MS nº 198, de 13 de fevereiro de 2004. **Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para formação e do desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências**. Diário Oficial da União, Brasília, 16 fev. 2004. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-198.htm>. Acesso em: 10 de nov. 2013.

(_____.). (_____.). Secretaria Geral. **8ª Conferência Nacional de Saúde. Relatório Final.** Brasília: Ministério da Saúde, 1986. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8pdf>. Acesso em: 10 de jun. 2013.

(_____.). (_____.). Portaria GM/MS nº 1.444 de 28 de dezembro de 2000. **Estabelece incentivo financeiro para reorganização da atenção à saúde bucal prestada por meio do programa saúde da família.** Diário Oficial da União, Brasília, 28 dez. de 2000, seção 1. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/sileg/integras/142359.pdf>. Acesso em: 10 de nov. 2013.

(_____.). (_____.). Portaria nº 267 de 6 de março de 2001. **Regulamentação da Portaria GM/MS nº 1.444 de 28 de dezembro de 2000.** Diário Oficial da União, Brasília, n 119, 6 de março de 2001, seção 1, p. 67. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/32_Portaria_267_de_06_03_2001.pdf>. Acesso em: 11 de jun. 2013.

(_____.). (_____.). Portaria nº 154 de 24 de janeiro de 2008. **Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF.** Diário Oficial da União, Brasília, 24 de janeiro de 2008. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html>. Acesso em: 10 de nov. 2013.

(_____.). (_____.). Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).** Diário Oficial da União, Brasília, 21 de outubro de 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 10 de nov. 2013.

(_____.). (_____.). Secretarias de Gestão do Trabalho e da educação na saúde. Departamento de Gestão na educação na saúde. **Política de Formação e Desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde.** Brasília, DF, 2003. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica2_vpdf.pdf> Acesso em: 10 de nov. 2013.

(_____.). Presidência da República. Casa civil. Subchefia para assuntos jurídicos. Decreto nº 7.385, de 8 de dezembro de 2010. **Institui o Sistema Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde – UNA-SUS,** e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 9 dez. 2010. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7385.htm. Acesso em: 10 de nov. 2013.

CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso; FARIA, Horácio Pereira de; SANTOS, Máx André dos. **Planejamento e avaliação das ações em saúde.** 2ª ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 186p.

CARVALHO, Antônio Ivo de; BUSS, Paulo Marchiori. Determinantes sociais na saúde, na doença e na intervenção. In: GIONELLA et al. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. P.141-166.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. **O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: ensino, gestão, atenção e controle social**. Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65. 2004.

CECCIM, Ricardo Burg. **Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde**. Rev. Ciência & Saúde Coletiva, v.10, n.4, out/dez. 2005.

(_____.). **Educação Permanente em Saúde: um desafio ambicioso e necessário**. Rev. Comunic., Saúde, Educ., v. 9, n.16, p. 161-177, set. 2004/fev.2005.

(_____.). **“Um sentido muito próximo ao que propõe a educação permanente em saúde”! O dever da educação e a escuta pedagógica da saúde**. Rev. Interface. Comunicação, Saúde e Educação, v. 11, p. 358-361, 2007.

(_____.) **A emergência da Educação e Ensino da Saúde: interseções e intersetorialidades**. Porto alegre, Rev. Ciência & Saúde, v. 1, n.1, p. 9-23, jan./jul., 2008.

CECCIM, Ricardo Burg; FERLA, Alcindo Antônio. **Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras**. Rev. Trabalho, Educação e Saúde (online), v. 6, p. 443-456, 2008.

COTTA, Rosângela Minardi Mitre et al. Prática sanitária, processo saúde-doença-adocimento e paradigma de saúde. In: **Políticas de Saúde: desenhos, modelos e paradigmas**. Viçosa: UFV, 2013. p. 15-41.

FARIA, Horácio Pereira et al. **Modelo assistencial e atenção básica à Saúde**. Nescon/UFMG. 2ª ed. Belo Horizonte: Copemed, 2010. 67 p.

GUERREIRO, Jória Viana; BRANCO, Maria Alice Fernandes. **Dos pactos políticos à política dos pactos na saúde**. Rev. Ciência & Saúde Coletiva, v.16, n. 3, p. 1689-1698, 2011.

GRILLO, Maria José Cabral. **Educação Permanente em Saúde: espaços, sujeitos e tecnologias na reflexão sobre o processo de trabalho**. Belo Horizonte: UFMG, 2012. 214 p. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2012.

HADDAD, Jorge Q.; ROSCHKE, Maria Alice; DAVINI, Maria Cristina (Ed.). **Educación Permanente de Personal de Salud**. Washington, DC: Organización Panamericana de La Salud, 1994. 247 p.

KELL, Maria do Carmo Gomes; SHIMIZU, Helena Eri. **Existe Trabalho em Equipe nenhuma Programa Saúde da Família?** Rev. Ciênc. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, p. 1533-1541, junho de 2010.

LOURENÇO, Eloisio do Carmo et al. **A inserção de equipes de saúde bucal no Programa Saúde da Família no Estado de Minas Gerais.** Rev. Ciência & Saúde Coletiva, v. 14, supl.1, p. 1367-1377, 2009.

MANCIA, Joel Rolim; CABRAL, Leila Chaves; KOERICH, Magda Santos. **Educação Permanente no Contexto da Enfermagem e na Saúde.** Rev. Bras. Enferm. v. 57, n. 5, p.605-610. 2004.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de Metodologia Científica.** 7ª ed. São Paulo: Atlas, 2010. 320p.

MATHIAS, Maíra. **Educar para transformar. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Integração entre educação e trabalho para transformar práticas e processos de formação no SUS.** Rev. Ret-SUS. n. 39, p. 12-17. Out. 2010. Disponível em:
http://www.retsus.fiocruz.br/sites/default/files/revista/pdf/retsus_revista_39.pdf
Acesso: 11 de outubro de 2013.

MENDONCA, Fernanda de Freitas; NUNES, Elisabete de Fátima Polo de Almeida. **Necessidades e dificuldades de tutores e facilitadores para implementar a política de educação permanente em saúde em um município de grande porteno estado do Paraná, Brasil.** Interface (Botucatu), Botucatu , v. 15, n. 38, set. 2011. Disponível em
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832011000300020.
Acesso em: 04 dez. 2014.

MERHY, Emerson Elias. **O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação.** Rev. Interface: Comunic, Saúde, Educ. v.9, n.16, p. 161-177, set. 2004, fev. 2005.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Uma agenda para a saúde.** São Paulo: Hucitec, 2006. 300p.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 12ª ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MINAYO, Maria Cecília de Souza.(org). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** 31. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.

MOTTA, José Inácio Jardim; BUSS, Paulo; NUNES, Tânia Celeste Matos. **Novos desafios educacionais para a formação de recursos humanos em saúde.** Olho Mágico, Londrina, v.8, n.3, set./dez. 2001. Disponível em: <<http://www.uel.br/ccs/olhomagico/v8n3/enfoque.htm>> Acesso em: 10 de outubro de 2013.

OLIVEIRA, Marluce Alves Nunes. **Educação à Distância como estratégia para a educação permanente em saúde:** possibilidades e desafios. Rev. Bras Enferm, Brasília, v. 60, n. 5, p. 585-59. set/out. 2007. Disponível: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000500019>. Acesso em: 5 de setembro de 2014.

PAULINO, Valquiria Coelho Pina. **Processo de Educação Permanente no Cotidiano de uma estratégia de saúde da família.** Goiânia: UFG, 2008. 75p. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós- Graduação Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2008.

PAULINO, Valquiria Coelho Pina; BEZERRA, Ana Lúcia Queiroz; BRANQUINHO, Nayla Cecília da Silva Silvestre; PARANAGUA, Thatianny Tanferri de Brito. **Ações de Educação Permanente no contexto da Estratégia de Saúde da Família.** Rev. Enferm. UERJ, v. 20, n. 3, p.312-316. jul/set. 2012.

RIBEIRO, Eliana Claudia de Otero; MOTTA, José Inácio Jardim. **Educação Permanente como Estratégia na Reorganização dos Serviços de Saúde.** Março de 2005. Disponível: <<http://www.redeunida.org.br/produção/artigo03.asp>>. Acesso em: 10 de outubro de 2013.

RODRIGUES, Maria Paulino; ARAÚJO, Marisa Sandra de Souza. **O fazer em saúde:** um novo olhar sobre o processo de trabalho na estratégia saúde da família. Natal: UFRN/UFPE, 7 p., 2005. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/pasta/BV/Material_Instrucional_/Especializacao_em_Atencao_Basica_em_Saude_da_Familia/Processo_de_trabalho_e_msaude/Leituras_recomendadas>. Acesso em: 10 de outubro de 2014.

SANTIAGO, Jennyesie Lima Castro de et al. **O processo de Trabalho da Enfermagem na Supervisão.** Rev. de pesquisa: cuid. Fundam. (online) dez.(ed.supl.) p. 217-228, 2011.

SENNA, Monique Haenscke et al. **Significados da gerência do cuidado construídos ao longo da formação profissional do enfermeiro.** Rev. Rene, v. 15, n. 2, p. 196-205, 2014.

SILVA, Luiz Anildo Anacleto da et al. **Educação Permanente em Saúde e no Trabalho de Enfermagem:** perspectivas de uma práxis transformadora. Rev. Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS), v. 31, n. 3, p. 557-561, 2010.

STROSCHEIN, Karina Amadori; ZOCHE, Denise Antunes Azambuja. **Educação Permanente nos Serviços de Saúde:** um estudo sobre as experiências realizadas no Brasil. Rev.Trab. Educ. Saúde, v.10, n.3, p.505-519, Nov.2011/fev.2012. 2012.

TURATO, Egberto Ribeiro. **Tratado da Metodologia da Pesquisa Clínico-Qualitativa:** construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. 5 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva FM. **Guia do especialista**: curso de especialização em Atenção Básica em Saúde da Família / Cátedra da Unesco de Educação a Distância FAE/UFMG. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva FM /UFMG. Belo Horizonte: Coopmed, 2008. 60p.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva FM. **Guia do especialista**: curso de especialização em Atenção Básica em Saúde da Família / Cátedra da Unesco de Educação a Distância FAE/UFMG. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva FM /UFMG. Belo Horizonte: Coopmed, 2013. 66p.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva FM. **Projeto Político Pedagógico**: curso de especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Educação à Distância. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva FM /UFMG. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2012. 46p.

VASCONCELOS, Mara; GRILLO, Maria José Cabral; SORES, Sônia Maria. **Tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade. Práticas Pedagógicas em Atenção Básica à Saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2009. 73p.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Comitê de Ética em Pesquisa



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidada (o) a participar de uma pesquisa intitulada **Educação permanente em saúde na organização do processo de trabalho da atenção primária: vivência dos egressos de um curso de especialização em saúde da família**, em virtude da conclusão do Mestrado Ensino em Saúde da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM), coordenada pela Mestranda Mariana Véio Nery de Jesus, que contará com a participação e colaboração do Orientador da pesquisa Professor Alisson Araújo.

A sua participação não é obrigatória sendo que, a qualquer momento da pesquisa, você poderá desistir e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo para sua relação com o pesquisador, com a UFVJM ou com a secretaria municipal de saúde do município de sua atuação.

Os objetivos desta pesquisa são: investigar a assimilação do conceito de educação permanente em saúde pelos egressos; pesquisar a aplicação da educação permanente em saúde na organização do processo de trabalho de sua equipe; identificar as facilidades e dificuldades dos profissionais de saúde da família para a execução da proposta de educação permanente em saúde na organização do processo de trabalho. Caso você decida aceitar o convite, será submetido (a) à realização de uma entrevista semi-estrutura, na qual será gravada. O tempo previsto para a sua participação é de aproximadamente 40 minutos.

O presente estudo trata-se de pesquisa que envolverá a aplicação de um instrumento pelo pesquisador apresentando risco mínimo aos sujeitos da pesquisa, uma vez que, não haverá procedimentos tidos como invasivos. Para não gerar desconforto no momento da entrevista em relação à identificação do entrevistado, o pesquisador se comprometerá em explicar o objetivo da pesquisa e que a sua identificação será realizada por nome fictício. Além disso, nos comprometemos a considerar e a utilizar todos os preceitos da Resolução 466/12 (CNS) em todos os momentos da pesquisa. Não haverá em hipótese alguma a identificação dos indivíduos envolvidos e nem das características que possam identificá-los.

Os benefícios relacionados com a sua participação poderão trazer contribuições não só para aprimoramento do CEABSF, mas também para os demais processos educativos similares vigentes hoje no Brasil e no mundo. Assim como, favorecer essa reflexão permite o (re) conhecimento da educação permanente em saúde como política que orienta a formação e a qualificação destes trabalhadores, apoiando os processos de mudança e a implantação da Reforma Sanitária e a construção do SUS, para um melhor atendimento às necessidades de saúde dos cidadãos.

Os resultados desta pesquisa poderão ser apresentados em seminários, congressos e similares, entretanto, os dados/informações obtidos por meio da sua participação serão confidenciais e sigilosos, não possibilitando sua identificação. (caso a algum desses itens não possa ser assegurado, tal fato deve estar claro e bem justificado). A sua participação bem como a de todas as partes envolvidas será voluntária, não havendo remuneração para tal. Qualquer gasto financeiro da sua parte será ressarcido pelo responsável pela pesquisa (caso não estejam previsto gastos, informar a fim de justificar que não está previsto ressarcimento). Não está previsto indenização por sua participação, mas em qualquer momento se você sofrer algum dano, comprovadamente decorrente desta pesquisa, terá direito à indenização.

Você receberá uma cópia deste termo onde constam o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sobre sua participação agora ou em qualquer momento.

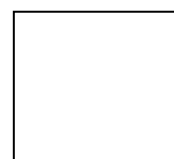
Coordenadora do Projeto:

Mariana Véio Nery de Jesus

Endereço: Trav. Pres.Tancredo Neves, 74 – apto 605 – Centro - Viçosa/MG.

Telefone: (38) 9985-7869

Declaro que entendi os objetivos, a forma de minha participação, riscos e benefícios da mesma e aceito o convite para participar. Autorizo a publicação dos resultados da pesquisa, a qual garante o anonimato e o sigilo referente à minha participação.



Nome do sujeito da pesquisa: _____

Assinatura do sujeito da pesquisa _____

Informações – Comitê de Ética em Pesquisa da UFVJM

Rodovia MGT 367 - Km 583 - nº 5000 - Alto da Jacuba –

Diamantina/MG CEP39100000

Tel.: (38)3532-1200 –

Coordenadora: Prof^a. Dr^a. Thaís Peixoto Gaiad Machado

Secretaria: Dione de Paula

Email: cep.secretaria@ufvjm.edu.br e/ou cep@ufvjm.edu.br.

APÊNDICE B - ENTREVISTA

Educação permanente em saúde na organização do processo de trabalho da atenção primária: vivências de profissionais egressos de um curso de especialização em saúde da família

Profissão: _____

Data de Nascimento: _____

Sexo: _____

Ano de conclusão na Graduação: _____

Ano de conclusão CEABSF: _____

Município de atuação atualmente: _____

Município de atuação durante o CEABSF: _____

- 1) Qual o seu período de experiência total em ESF?
- 2) Você se mantém na mesma equipe ESF de quando cursou a especialização?
- 3) O que você entende por Educação Permanente em Saúde?
- 4) Após ter cursado o CEABSF, quais são as dificuldades que você encontra para observar e identificar os problemas de sua realidade? E as facilidades?
- 5) Ao identificar esses problemas quais são as dificuldades que você encontra para refletir sobre os fatores condicionantes e determinantes desses problemas? E as facilidades?

- 6) Em seguida, você necessita buscar de “teorias” para dar respostas mais elaboradas para o problema. Fale sobre as dificuldades nesse momento. E as facilidades?

- 7) Continuando, temos a etapa de formulação de idéias para enfrentar os problemas levantados. Quais são as dificuldades desse momento? E as facilidades?

- 8) Por fim, têm-se a intervenção na realidade. Quais as dificuldades encontradas ao intervir na realidade? E as facilidades?

- 9) A sua equipe aplica este conceito de EPS em seu processo de trabalho? Por que?

- 10) Como sua equipe desenvolve as ações de Educação Permanente em Saúde na organização do processo de trabalho? Fale mais sobre isso.

APÊNDICE C – CARTA DE ANUÊNCIA



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE MINAS GERAIS
Superintendência Regional de Saúde de Ponte Nova
Núcleo da Atenção Primária à Saúde

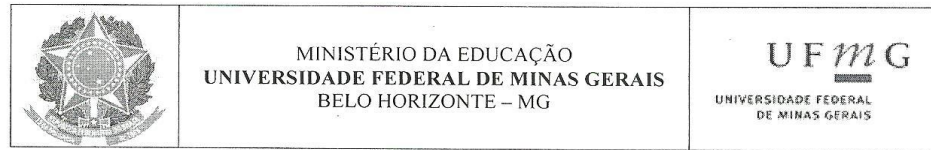
CARTA DE ANUÊNCIA

Eu, *Saskia Maria Albuquerque Drumond*, coordenadora do Núcleo de Atenção Primária, da Superintendência Regional de Saúde de Ponte Nova, referência das Microrregiões de Ponte Nova e Viçosa, declaro ter lido e concordado com o parecer ético emitido pelo CEP (Comitê de Ética em Pesquisa) da instituição Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM), conhecer e cumprir as Resoluções Éticas e Brasileiras em especial a resolução CNS 466/12. Esta instituição está ciente das suas responsabilidades como instituição coparticipante do projeto de pesquisa titulado: **Educação permanente em saúde na organização do processo de trabalho da atenção primária: vivências de profissionais egressos de um curso de especialização em saúde da família**, coordenada pela mestranda Mariana Véo Nery de Jesus, que contará com a participação e colaboração do orientador Dr. Alisson Araújo, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para garantia da segurança e bem-estar.

Saskia Maria Albuquerque Drumond

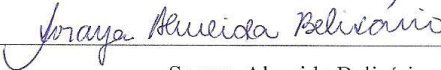
Saskia Maria Albuquerque Drumond
Coordenadora - Atenção Primária
da Saúde - GRS / Ponte Nova
MASP 368.075-8
Coordenadora do Núcleo de Atenção Primária à Saúde
Superintendência Regional de Saúde de Ponte Nova

APÊNDICE D – CARTA DE ANUÊNCIA



CARTA DE ANUÊNCIA

Por meio deste, eu *Soraya Almeida Belisário*, coordenadora do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família – CEABSF, pertencente ao Programa Ágora, vinculado ao Núcleo de Educação em Saúde Coletiva – NESCON, da Universidade Federal de Minas Gerais, autorizo a mestranda Mariana Véio Nery de Jesus, autora do projeto de pesquisa intitulado: Educação permanente em saúde na organização do processo de trabalho da atenção primária: vivências de profissionais egressos de um curso de especialização em saúde da família, e seu orientador Alisson Araújo, a consultar as bases de dados relativas aos alunos concluintes do CEABSF. Para tanto, os pesquisadores afirmam seu compromisso no resguardo da segurança das informações obtidas através do banco de dados e dos documentos gerados pelos egressos do curso participantes durante a vigência do projeto, respeitando e cumprindo as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução 466/12.


 Soraya Almeida Belisário
 Coordenadora do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família -

Prof.^a Soraya Almeida Belisário
 Subcoordenadora do Curso de Especialização
 em Atenção Básica em Saúde da Família

CEABSF

Núcleo de Educação em Saúde Coletiva – NESCON

Faculdade de Medicina

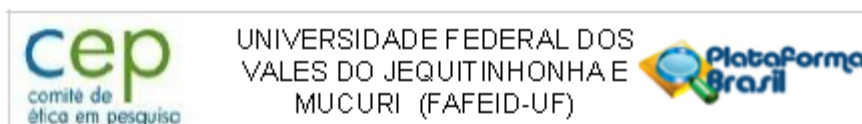
Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG

Belo Horizonte, 31/01/2014

Local

data

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Educação permanente em saúde na organização do processo de trabalho da atenção primária: vivências de profissionais egressos de um curso de especialização em saúde da família

Pesquisador: Mariana Vêo Nery de Jesus

Área Temática:

Versão: 4

CAA E: 18814013.D.0000.5108

Instituição Proponente: Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

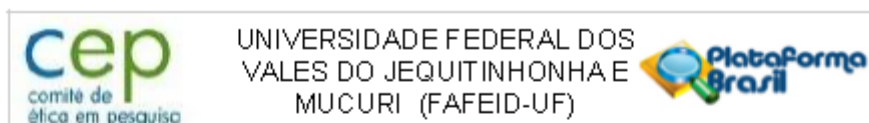
Número do Parecer: 540.956

Data da Relatoria: 25/02/2014

Apresentação do Projeto:

Desde a 8ª Conferência Nacional de Saúde realizada no Brasil em 1986 até a atualidade são constantes as preocupações de necessidade de formação e capacitação dos profissionais de saúde. Para transpor o paradigma hegemônico (modelo hospitalocêntrico e biomédico, entrada na doença) para o paradigma social (com a ampliação do conceito de saúde e seus determinantes sociais), é necessária a modificação do processo de trabalho desses profissionais, principalmente aqueles da atenção primária à saúde. Para o alcance desse processo de trabalho preconizado, surge o conceito de Educação Permanente em Saúde. Essa modalidade reconhece que é no cotidiano do trabalho que o profissional tem o potencial de colocar-se em reflexão quanto à sua prática, além de colaborar para a organização do processo de trabalho da equipe identificando os problemas e planejando ações que resultarão em transformação positiva na realidade do trabalho e da saúde da população. O Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais traz essa modalidade educativa como eixo condutor do processo ensino-aprendizado dos alunos médicos, enfermeiros e odontólogos da atenção primária à saúde. No entanto, valorizando a importância do trabalho contínuo para essas transformações, seria importante após o curso identificar como os egressos passaram a conceber e vivenciar

Endereço: Rodovia MG-367 - Km 553, nº 5000
 Bairro: Alto da Jacuba CEP: 36.100-000
 UF: MG Município: DIAMANTINA
 Telefone: (35)3532-1240 Fax: (35)3532-1200 E-mail: cep@ufvjm.edu.br



Continuação do Projeto: 94-0-200

essamodalidade educativa e potencial organizante do trabalho no dia a dia. Assim, o objetivo dessa pesquisa é conhecer a vivência de educação permanente em saúde para a organização do processo de trabalho cotidiano na perspectiva dos profissionais médicos, enfermeiros e dentistas egressos desse curso. Serão sujeitos de pesquisa elegíveis 78 profissionais egressos desse curso que atuam na Estratégia de Saúde da Família das microregiões de Moçosa/MG e Ponte Nova/MG. A coleta de dados será realizada pela pesquisadora por meio de entrevistas individuais com auxílio de um roteiro

semi-estruturado de perguntas. Essas entrevistas serão gravadas em áudio, transcritas e analisadas pelo conteúdo na modalidade temática. Para a definição dos sujeitos de pesquisa participantes será empregado o critério de saturação dos dados das entrevistas. Espera-se com este trabalho identificar o nível de conhecimento dos profissionais sobre a Educação Permanente em Saúde e as dificuldades e as facilidades encontradas para o

seu desenvolvimento com vistas a organização do processo de trabalho. Com isso, pode-se trazer contribuições não só para aprimoramento do curso citado, mas também para os demais processos educativos similares vigentes hoje no Brasil e no mundo. Isso pode ser possível através do incremento de novas ferramentas pedagógicas que potencializem as facilidades e minimizem as dificuldades para a discussão e aplicação dessa modalidade educativa no processo de trabalho da equipe. Assim, favorecer essa reflexão permite o (re)conhecimento dessa modalidade como política que orienta a formação e a qualificação destes trabalhadores, apoiando os processos de mudança e a implantação da Reforma Sanitária e a

construção do sistema único de saúde, para um melhor atendimento às necessidades dos cidadãos.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Conhecer a vivência da proposta de EPS na organização do processo de trabalho na perspectiva dos profissionais de Saúde da Família, egressos do CEABSF.

Objetivo Secundário:

- Investigar a assimilação do conceito de EPS pelos egressos;
- Pesquisar a aplicação da EPS no na organização do processo de trabalho de sua equipe;
- Identificar as facilidades e dificuldades dos profissionais de saúde da família para a execução da proposta de EPS na organização do processo de trabalho.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Endereço: Rodovia MG-357 - Km 583, nº 5000			
Bairro: Alto da Jacuba		CEP: 35.100-000	
UF: MG	Município: DIAMANTINA		
Telefone: (35)3532-1240	Fax: (35)3532-1200	E-mail: cep@ufjm.edu.br	



UNIVERSIDADE FEDERAL DOS
VALES DO JEQUITINHONHA E
MUCURI (FAFEID-UF)



Continuação do Parecer: 24.0.2018

O presente estudo trata-se de pesquisa que envolverá a aplicação de um instrumento pelo pesquisador apresentando risco mínimo aos sujeitos da pesquisa, uma vez que, não haverá procedimentos tidos como invasivos. Para não gerar desconforto no momento da entrevista em relação à identificação do entrevistado, o pesquisador se comprometerá em explicar o objetivo da pesquisa e que a sua identificação será realizada por nome fictício. Além disso, nos comprometemos a considerar e a utilizar todos os preceitos da Resolução 466/12 (CNS) em todos os momentos da pesquisa. Não haverá em hipótese alguma a identificação dos indivíduos envolvidos e nem das características que possam identificá-los.

Benefícios:

Os benefícios relacionados com a sua participação poderão trazer contribuições não só para aprimoramento do CEABSF, mas também para os demais processos educativos similares vigentes hoje no Brasil e no mundo. Assim como, favorecer essa reflexão permite o (re)conhecimento da EPS como política que orienta a formação e a qualificação deste trabalhadores, apoiando os processos de mudança e a implantação da Reforma

Sanitária e a construção do SUS, para um melhor atendimento às necessidades de saúde dos cidadãos.

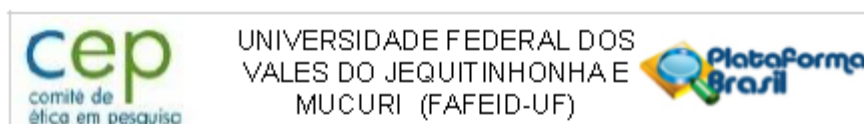
Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

As entrevistas serão gravadas e posteriormente transcritas. As peculiaridades individuais de comunicação serão preservadas, e os erros gramaticais corrigidos, porém de modo a não alterar o significado das falas. Será adotada a análise de conteúdo temática proposta por Bardin, uma vez que esta visa desvendar os sentidos do discurso. Caracteriza-se como um método de investigação do conteúdo simbólico das mensagens, que podem ser abordadas de diferentes formas e de múltiplos ângulos (BARDIN, 2011). Este método perpassa as seguintes etapas: 1. A pré-análise; 2. A exploração do material; e, por fim, 3. O tratamento dos resultados: a inferência e a interpretação. Na pré-análise, definem-se os trechos significativos e as categorias através da leitura exhaustiva do material. Na etapa da exploração, será feita a codificação e a verificação das temáticas mais presentes nas falas/depoimentos das participantes. Quanto a interpretação, ocorrerão inferências sobre os resultados, bem como sua interpretação com auxílio da literatura pertinente (BARDIN, 2011).

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foi apresentado o Projeto de Pesquisa, Folha de Rosto, Cronograma, T.CLE e carta de participação

Endereço: Rodovia MG-1367 - Km 583, nº 5000
Bairro: Alto da Jacuba CEP: 35.100-000
UF: MG Município: DIAMANTINA
Telefone: (35)3532-1240 Fax: (35)3532-1200 E-mail: cep@ufvjm.edu.br



Continuação do Parecer: 540.208

Recomendações:

- Segundo a Carta Circular nº. 003/2011/CONEP/CNS, de 21/03/11, há obrigatoriedade de rubrica em todas as páginas do TCLE pelo sujeito de pesquisa ou seu responsável e pelo pesquisador, que deverá também apor sua assinatura na última página do referido termo.
- Relatório final deve ser apresentado ao CEP ao término do estudo em 28/11/2014. Considera-se como antiética a pesquisa descontinuada sem justificativa aceita pelo CEP que a aprovou.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto atende aos preceitos éticos para pesquisas envolvendo seres humanos preconizados na Resolução 466/12 CNS.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

DIAMANTINA, 25 de Fevereiro de 2014

Assinador por:
Thais Peixoto Gaiad Machado
(Coordenador)

Endereço: Rodovia MG-367 - Km 583, nº 5000
Bairro: Alto da Jacuba CEP: 35.100-000
UF: MG Município: DIAMANTINA
Telefone: (35)3532-1240 Fax: (35)3532-1200 E-mail: cep@ufvjm.edu.br