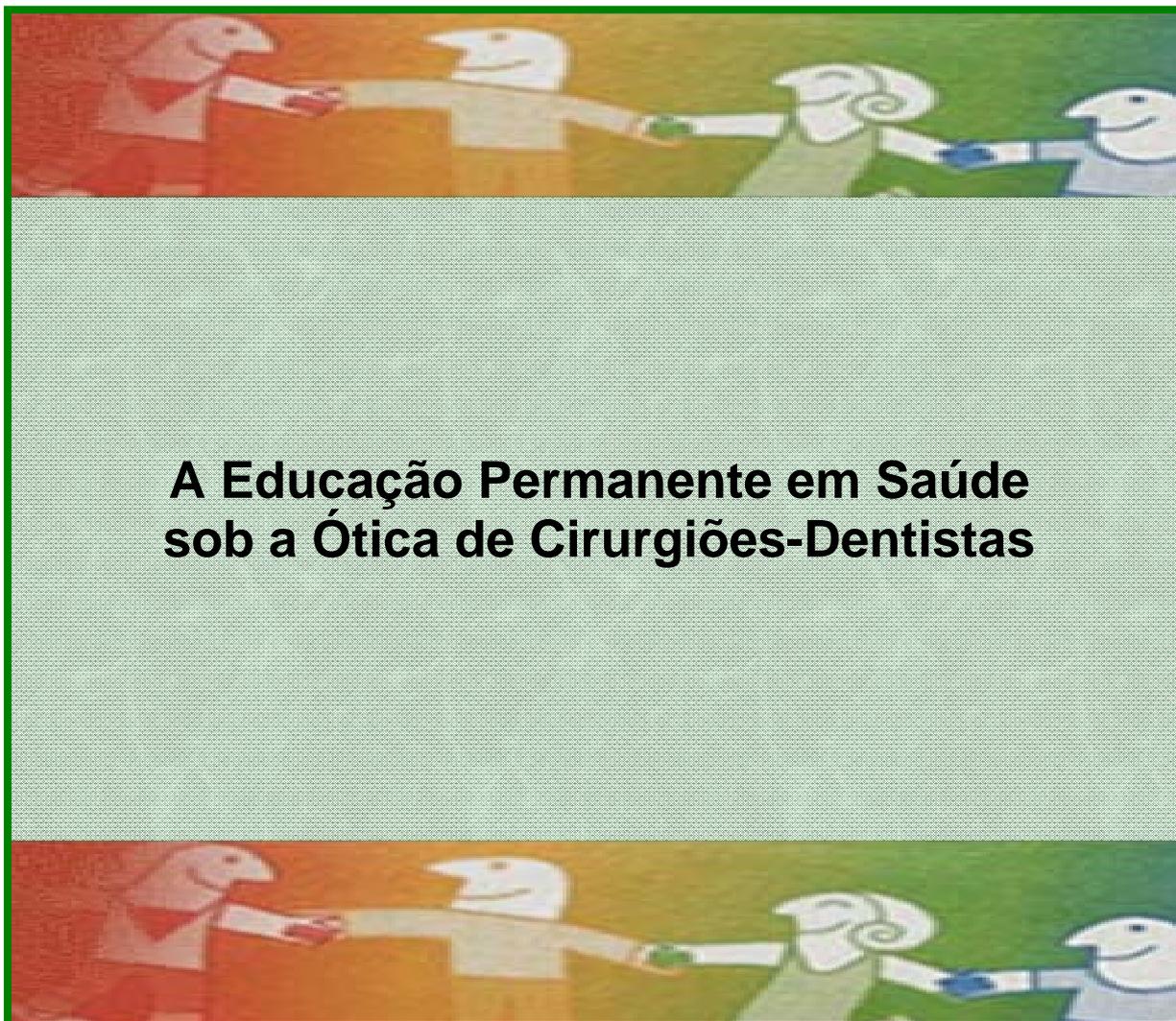


**Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Centro de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Odontologia
Área de Concentração em Odontologia Preventiva e Social**



Aldenísia Alves Albuquerque Barbosa

**Natal-RN
2009**

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

Aldenísia Alves Albuquerque Barbosa

A Educação Permanente em Saúde sob a Ótica de Cirurgiões-Dentistas

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Odontologia, área de concentração Odontologia Preventiva e Social.

Orientadoras: Prof^ª Dr^ª. Iris do Céu Clara Costa
Prof^ª Dr^ª. Maria do Socorro Costa Feitosa Alves

Natal-RN
2009

Catálogo na Fonte. UFRN/ Departamento de Odontologia
Biblioteca Setorial de Odontologia “Prof^o Alberto Moreira Campos”

Barbosa, Aldenísia Alves Albuquerque.

A educação permanente em saúde na ótica dos cirurgiões-dentistas /
Aldenísia Alves Albuquerque Barbosa. . – Natal, RN, 2009.

85 f.: il.

Orientadoras: Prof^a Dr^a Íris do Céu Clara Costa.

Prof^a Dr^a Maria do Socorro Costa Feitosa Alves.

Dissertação (Mestrado em Odontologia) - Universidade Federal do
Rio Grande do Norte. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação
em Odontologia Preventiva e Social.

1. Sistema Único de Saúde – Dissertação. 2. Política de Saúde –
Dissertação. 3. Recursos Humanos em Saúde – Dissertação. 4 - Saúde da
família – Dissertação. I. Costa, Íris do Céu Clara. II. Alves, Maria do Socorro
Costa Feitosa. III – Título.

RN/UF/BSO

Black D585

Aldenísia Alves Albuquerque Barbosa

A Educação Permanente em Saúde sob a Ótica de Cirurgiões-Dentistas

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Odontologia, área de concentração Odontologia Preventiva e Social.

Aprovada em: ____/____/____

Profª Drª Iris do Céu Clara Costa (Orientadora)

Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Profª Drª Solange Soares da Silva Félix (1ª Examinadora)

Universidade Federal da Paraíba

Centro Universitário de João Pessoa - UNIPE

Prof. Dr. Antonio Medeiros Júnior (2º Examinador)

Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Natal-RN
2009

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho às minhas FILHAS *Natália e Maria Beatriz* por entenderem a necessidade da minha ausência, pelo apoio nas horas difíceis e pelo amor incondicional que sempre me dedicam. Para que esta minha caminhada sirva de exemplo para as suas conquistas pessoais.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

Agradeço, primeiramente, a DEUS **Pai** todo poderoso que guia e ilumina meus caminhos todos os dias da minha vida.

A PROFESSORA *Dr^a. Iris do Céu Clara Costa* e ao PROFESSOR *Dr. Antônio Medeiros Júnior* pelo apoio e colaboração fundamental para a conclusão deste trabalho.

AGRADECIMENTOS

Aos meus PAIS *Newton e Odévia* pelo exemplo de família que sempre me passaram e por terem me ensinado a valorizar cada coisa que conquistamos juntos.

Às minhas IRMÃS *Leninha, Tercinha* e *Adriana* pelo companheirismo, apoio e cumplicidade em todos os momentos.

Ao meu ESPOSO *Altair* que me passa sempre a segurança necessária para que possa transcender minhas escaladas.

Ao meu PRIMO *Halisson Leonardo* pelo apoio e torcida em todas as horas desta caminhada.

Aos meus AMIGOS, *Ewerton, Flávia* e *Larissa* pelo incentivo nos dias mais turbulentos.

À minha AMIGA *Solane Maria Costa*, por está sempre me valorizando e me incluindo nas mais diversas atividades pertinente ao SUS.

À EX-SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE do Município de São Gonçalo do Amarante *Divaneide Ferreira* por entender minha ausência no serviço.

Ao COLEGA *Orlando Carlos*, a AMIGA *Ana Karina Mendes* ao AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE *Ary Fellipi* que contribuíram realizando e resolvendo demandas de minha responsabilidade durante a minha ausência na Secretaria Municipal de Saúde de São Gonçalo do Amarante.

Às minhas COLEGAS do mestrado, da “*Turma das sete mulheres*”: *Adriana, Geórgia, Líbia, Marina, Rossana* e *Stelinha*, obrigada meninas pelo companheirismo e estímulo nas horas dos cumprimentos das tarefas.

Aos COLEGAS da **turma de Perio-Prótese** pelos momentos agradáveis quando compartilhávamos as mesmas atividades.

Ao COORDENADOR do Mestrado Professor Dr. *Angelo Roncalli* pela disponibilidade, atenção e compreensão em todas as horas que precisamos.

A PROFESSORA Dr^a. *Socorro Feitosa* pelas primeiras orientações.

Aos DEMAIS PROFESSORES, *Angela Ferreira, Betinha Fagundes, Isauremi Vieira, Kenio Costa*, entre outros professores convidados, foi uma honra compartilhar dos seus preciosos saberes.

Às PROFESSORAS *Maria Alice Fuscella*(UNP), *Alice Uchoa*(DSC) e *Betinha Fagundes* pelas contribuições na qualificação que foram fundamentais para este delineamento final.

Aos 42 COLEGAS CIRURGIÕES-DENTISTAS *sujeitos* desta pesquisa que formaram o alicerce para esta construção.

A todos os GESTORES dos *municípios* que autorizaram a minha pesquisa, em especial a **Dirce** Coordenadora de Saúde Bucal de Mossoró que me recebeu de forma muito acolhedora.

À SECRETÁRIA Programa de Pós-Graduação em Odontologia *Sandra Abrantes* pelo carinho, apoio, atenção e dedicação em tudo que solicitamos.

Às COORDENADORAS DA SUCA/RH/SESAP em especial a *Gorette Menezes e Terezinha Silva* pela contribuição na busca das informações dos cursos do PEP/RN.

A ALGUNS AMIGOS que mesmo *virtualmente* estiveram presentes confiando no meu potencial, dando apoio e torcendo para que o êxito deste trabalho se tornasse uma realidade.

A minha PRIMA *Roberta Alves* (Anhanguera Educacional – Faculdade JK Brasília – DF) que mesmo distante contribuiu com a revisão do texto.

As BIBLIOTECÁRIAS *Cecília e Mônica Karina* pela paciência e atenção nas correções das referências.

Enfim, a TODAS as *pessoas* que direta ou indiretamente contribuíram para a concretização deste sonho.

A amorisidade de que falo o sonho pelo qual brigo e para cuja realização me preparo permanentemente, exige em mim, na minha experiência social, outra qualidade: a coragem de lutar ao lado da coragem de amar.

(Paulo Freire)

RESUMO

O presente estudo teve como objetivo analisar a percepção de cirurgiões-dentistas acerca da Educação Permanente em Saúde (EPS). Caracteriza-se como uma pesquisa com enfoque qualitativo e está situado no campo das políticas públicas de saúde. Refere-se especificamente ao desenvolvimento da Política de Educação Permanente em Saúde no Estado do Rio Grande do Norte. Foram sujeitos desta pesquisa 42 cirurgiões-dentistas sendo 83,3% do sexo feminino e 16,7% do sexo masculino, participantes de Cursos de Especialização aprovados e pactuados pelo Pólo de Educação Permanente em Saúde (PEP-RN), no período de 2005 a 2007. Estes profissionais fazem parte da Estratégia de Saúde da Família (ESF), sendo que 11,9% atuam na gestão a nível central e 88,1% estão diretamente vinculados na atenção a saúde bucal das Unidades Básicas de Saúde da Família de 30 municípios do Estado. A coleta de dados foi através de um questionário, com questões que nortearam o desenvolvimento da pesquisa e buscou alcançar os objetivos propostos. Os dados sócio-demográficos foram analisados através da estatística descritiva e o conteúdo subjetivo foi submetido à análise de conteúdo de Bardin. As categorias emergentes a partir do material textual gerado pelos respondentes foram: conteúdo programático, abordagem metodológica e conceitos da Educação Permanente em Saúde. Os sujeitos pesquisados relataram que o conteúdo programático é mais abrangente e direciona para a reflexão das práticas cotidianas; com relação à abordagem metodológica, referem que ocorre por meio de discussões e reflexões, com atividades dinâmicas, participativas, variadas, construtivas colocando a problematização como foco principal. Quanto ao entendimento dos conceitos da EPS, observou-se um consenso que a definem como estratégias de ensino constantes que visam contribuir para transformar e qualificar os trabalhadores de saúde para que ocorra a atualização, melhoramento das práticas, estando baseada na vivência cotidiana e levando em consideração o acúmulo e renovação dessas vivências. Portanto, os resultados apresentados mostraram que há um claro entendimento dos sujeitos sobre as propostas e diretrizes da EPS. Os resultados mostram que há falta de acesso contínuo as políticas propostas pelo Ministério da Saúde que envolvam os trabalhadores de saúde, gestores, comunidades através do controle social, bem como a integração ensino-serviço e sugerem que estas políticas sejam trabalhadas no âmbito do sistema de saúde e consigam qualificar todos estes segmentos da sociedade favorecendo a existência de um serviço de saúde mais participativo, efetivo, equânime e de melhor qualidade.

PALAVRAS-CHAVE: Sistema único de saúde. Política de saúde. Recursos humanos em saúde. Saúde da família.

ABSTRACT

This study aimed to examine the perception of dentist-surgeon about the Permanent Education in Health (PEH). It is characterized as a qualitative research with focus in the field of public health policies. It refers specifically to the development of Permanent Education policy in Health in the state of Rio Grande do Norte. They were participants of this research 42 dentist surgeons and 83.3% females and 16.7% males, participants in Specialization courses approved and agreed by the Permanent Education Center in Health (PEC-RN) in the period 2005 to 2007. These professionals are part of the Family Health Strategy (FHS), and 11.9% work in management at the central level and 88.1% are directly related to oral health care in the Basic Health Units of the Family, 30 cities in the state. Data collection was through a questionnaire, with questions that guided the research development and achieve the objectives proposed. The socio-demographic data were analyzed using the descriptive statistics and subjective content was subjected to content analysis by Bardin. The emerging categories from the textual material generated by respondents were: program content, methodological approach and concepts of Permanent Education in Health. The subjects surveyed reported that the program content is more comprehensive and directs to the reflection of everyday practices, with regard to the methodological approach, concern that occurs through discussion and reflection with dynamic, participative, varied and constructive activities, questioning and putting as the main focus. As for understanding of the concepts of the PEH, there was a consensus that define as education stable strategies which contributing to transform and improve the health workers to have the upgrade, improvement of practices, being based on everyday experience and taking into account the accumulation and renewal of these experiences. Therefore, results presented showed that there is a clear understanding of the subjects on the proposals and guidelines of the PEH. It was concluded that lack continuous access to the policies proposed by Ministry of Health involving health workers, managers, communities, through social control and the teaching-service integration and that they are worked within the health system and can classify all these segments of society favor the existence of a more participatory, effective, fair and better quality health service.

KEY-WORDS: Single health system. Health policy. Health manpower. Family health.

LISTA DE SIGLAS

ABRASCO – Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
ANEPS - Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular e Saúde
CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEFOPE - Centro de Formação de Pessoal
CEP - Comitê de Ética em Pesquisa
CGR – Colegiado de Gestão Regional
CIB – Comissão Intergestora Bipartite
CIES - Comissão de Integração Ensino-Serviço
CIT - Comissão Intergestora Tripartite
CNS - Conferência Nacional de Saúde
CNSB – Conferência Nacional de Saúde Bucal
CONASS - Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
CONASEMS - Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde
COSEMS – Conselho dos Secretários Municipais de Saúde
CRH – Coordenadoria de Recursos Humanos
DGES - Departamento de Gestão de Educação em Saúde
DGRTS - Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde
EC – Emenda Constitucional
ENSP - Escola Nacional de Saúde Pública
ES - Educação em Serviço
ESB - Equipe de Saúde Bucal
ESF - Estratégia Saúde da Família
EPS - Educação Permanente em Saúde
EP – Educação Permanente
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ME – Ministério da Educação
MS - Ministério da Saúde
NESC - Núcleo de Estudo em Saúde Coletiva
NOB - Norma Operacional Básica
OMS - Organização Mundial de Saúde
OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde
PEP - Pólo de Educação Permanente
PET - Programa de Educação Tutorial
PET- Saúde - Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde

PDR – Plano Diretor de Regionalização

PNEPS - Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

PREV-SAÚDE – Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde

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

PROMED - Programa de Incentivo às Mudanças nas Escolas Médicas

RN – Rio Grande do Norte

SESAP - Secretaria de Estado da Saúde Pública

SGTES - Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUCA – Sub-Coordenadoria de Capacitação

SUS - Sistema Único de Saúde

UERN – Universidade Estadual do Rio Grande do Norte

UFRN - Universidade Federal do Rio Grande do Norte

UNESCO – Organização das Nações Unidas para a Educação a Ciência e a Cultura

USP – Universidade de São Paulo

LISTA DE FIGURA

- Figura 1** – Mapa de localização dos municípios onde trabalham os sujeitos da pesquisa. Natal-RN, 2009..... 53
- Figura 2** – Contextualização da percepção dos cirurgiões-dentistas acerca da Educação Permanente em Saúde através dos cursos 1, 2 e 3. Natal-RN, 2009..... 74

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Diferenciação de Educação Continuada e Educação Permanente.....	46
Quadro 2 – Distribuição dos cirurgiões-dentistas por curso, Regiões de Saúde e municípios. Natal-RN, 2009.....	54
Quadro 3 – Apresentação das categorias, descrições e frequências das respostas identificadas durante a análise de conteúdo do Curso 1.....	58
Quadro 4 – Apresentação das categorias, descrições e frequências das respostas identificadas durante a análise de conteúdo do Curso 2.....	59
Quadro 5 – Apresentação das categorias, descrições e frequências das respostas identificadas durante a análise de conteúdo do Curso 3.....	59

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização sócio-demográfica dos cirurgiões-dentistas participantes da pesquisa. Natal-RN, 2009.....	62
--	----

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	18
2 REVISÃO DA LITERATURA.....	24
2.1 HISTORIANDO A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE.....	24
2.2 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: ORIGENS E CONCEITOS.....	40
3 OBJETIVOS.....	48
3.1 GERAL.....	49
3.2 ESPECÍFICOS.....	49
4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	50
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	51
4.2 ASPECTOS ÉTICOS.....	51
4.3 CENÁRIO DO ESTUDO.....	51
4.4 OS SUJEITOS.....	53
4.5 PROCEDIMENTOS COLETA DE DADOS.....	55
4.5.1 O instrumento de coleta de dados.....	55
4.6 ANÁLISE DOS DADOS.....	56
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	61
5.1 CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA DOS SUJEITOS.....	62
5.2 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	64
5.2.1 O conteúdo programático.....	64
5.2.2 A abordagem metodológica.....	66
5.2.3 A Educação Permanente em Saúde conceituada pelos sujeitos.....	70
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	75
REFERÊNCIAS	78
ANEXOS.....	86

*Estudar não é um ato de consumir idéias, mas de
criá-las e recriá-las.*

(Paulo Freire)

1 INTRODUÇÃO



A discussão acerca da necessidade de uma política voltada à qualificação da força de trabalho da saúde pública, hoje denominada de Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), teve suas origens nas primeiras Conferências de Saúde nas décadas de 40 e 50. Dada a importância e necessidade de discutir este tema especificamente, se convocou posteriormente, na década de 80, as Conferências de Recursos Humanos. Nestes espaços de discussões já se reconhecia a necessidade de consolidar as propostas da Reforma Sanitária Brasileira no que concerne ao desenvolvimento de estratégias quanto à formação dos trabalhadores em saúde.

Desde então, este debate está em pauta e veio a se confirmar com lei 8.080/90, a qual descreve que a política de recursos humanos na área de saúde será formalizada e executada, articuladamente, pelas diferentes esferas de governo, em cumprimento com o objetivo de favorecer uma organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas permanentes de aperfeiçoamento profissional^{20, 21}.

Passadas mais de duas décadas da promulgação desta lei, na conjuntura atual da saúde pública no Brasil, que tem como modelo assistencial prioritário uma proposta de saúde condizente com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) voltado para a família, como é o caso da Estratégia de Saúde da Família (ESF), os serviços de saúde estão cada vez mais, buscando profissionais com capacidade de articulação ensino-serviço e de ensino orientado para a comunidade.

Nessa perspectiva, o mercado de trabalho precisa de profissionais com perfil diferenciado na atuação de suas práticas, que busquem constantemente ampliar seus conhecimentos e assim consigam realizar a agregação entre o aprendizado e a reflexão crítica sobre o trabalho para enfrentar as demandas que surgem no dia-a-dia das comunidades em que estão inseridos. Além disso, estes profissionais deverão ser protagonistas de movimentos de transformações sociais, confirmando o caráter social das diretrizes deste modelo ora proposto pelo SUS^{52, 69}.

Segundo Paim⁷⁹, Ceccim, Feuerwerker⁴¹, Ceccim⁴³ estes profissionais devem estar preparados para reconhecer o caráter educativo do próprio trabalho, concebido não apenas no seu sentido instrumental, mas também como espaço de problematização, diálogo e construção de consensos para melhoria da qualidade da atenção à saúde.

De acordo com Barbosa e Guedes³, no que se refere aos profissionais, surge à necessidade de novas práticas assistenciais, enfatizando tanto o trabalho clínico individual, como a abordagem coletiva sanitária, através de uma assistência integralizada aos membros das famílias assistidas, respondendo a demanda espontânea de forma contínua e racionalizada.

Assim, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde surge como alternativa para viabilizar as profundas transformações na formação e no desenvolvimento dos profissionais de saúde, com práticas diferenciadas em consenso com as condutas que são exigidas no contexto social em que eles atuam. Paschoal⁸¹ descreve que: Não basta apenas ‘saber’ ou ‘fazer’, é preciso ‘saber fazer’, interagindo e intervindo. Dessa forma que, a formação deve ser caracterizada pela autonomia, pela capacidade de aprender constantemente, de relacionar a teoria com a prática e vice-versa. Complementa ainda que, a Educação Permanente (EP) deve ser uma habilidade de aprendizagem contínua, desenvolvida pelo sujeito durante sua vida, por meio de suas relações pessoais, profissionais e sociais, no intuito de transformar-se, conforme ocorrem às mudanças do mundo.

Dessa maneira, fica cada vez mais evidente que a Educação Permanente em Saúde vem como objeto de transformação do processo de trabalho, que envolve a valorização dos diversos saberes e práticas os quais contribuem para uma abordagem mais integral e resolutiva das ações. A reflexão sobre o cotidiano do serviço e sobre o que precisa ser transformado também é um fator que precisa ser permanentemente ponderado e discutido com vistas à melhoria dos serviços de saúde.

Para tanto, torna-se indispensável que os profissionais tenham um entendimento das estratégias disponibilizadas pelo poder público nas três esferas de governo para a viabilização da PNEPS como um processo educativo constante voltado a realidade do trabalho cotidiano. Nesse sentido, isto representa um fator decisivo para a escolha da temática da Educação Permanente em Saúde deste estudo, além da relevância do tema, visto que nos serviços de saúde necessita-se constantemente do aperfeiçoamento profissional através das discussões das práticas e uma necessidade constante de ações de desenvolvimento pessoal e coletivo dos profissionais que estão inseridos nas unidades de saúde do SUS.

No que se refere às práticas no campo da saúde bucal, também se percebe a necessidade de profissionais capazes de propiciar um novo processo de trabalho tendo como meta à produção do cuidado. Diante do exposto, viu-se a necessidade de conhecer a percepção dos cirurgiões-dentistas acerca da EPS, pois a Política Nacional de Saúde Bucal

instituída no ano de 2004, tem como uma das metas prioritárias definir uma política de Educação Permanente para os trabalhadores em saúde bucal, com o objetivo de implementar projetos de mudança na formação técnica, de graduação e pós-graduação para que atendam às necessidades da população e aos princípios do SUS²⁹.

Esta política estabelece também responsabilidades entre as esferas de governo, com mecanismos de cooperação técnica e financeira, visando à formação imediata de pessoal auxiliar, para possibilitar a implantação das equipes de saúde bucal na ESF que devem seguir as diretrizes da PNEPS. Com isso, faz-se necessário que os profissionais que compõem as Equipes de Saúde Bucal da ESF conheçam a Política de Educação Permanente em Saúde e reflitam no sentido de viabilizá-la nos seus locais de trabalho.

Nas três Conferências de Saúde Bucal realizadas respectivamente nos anos de 1986, 1993 e 2004 o tema da EPS foi exaustivamente debatido visto à necessidade de buscar mecanismos institucionais para que houvesse uma integração docência/serviço/pesquisa capaz de favorecer estratégias a fim de realizar a transformação da prática odontológica predominantemente curativista para uma prática que resultasse em melhoria dos recursos humanos em saúde bucal e a produção de conhecimento em consonância com as realidades e necessidades da população^{18, 23, 29}.

Nessa perspectiva, espera-se que os resultados desta pesquisa possam mostrar a percepção dos cirurgiões-dentistas quanto a EPS e quem sabe subsidiar as Secretarias de Saúde no sentido de implementarem as ações de EPS trabalhando de forma sistematizada com estes atores institucionais do SUS considerando que não há estudos sobre tema no nível local.

No sentido de organizar o tema de estudo de maneira lógica e ordenada foi adotada a seguinte estrutura:

Inicialmente apresenta-se um histórico da EPS, destacando as Conferências de Saúde e de Recursos Humanos, bem como as Conferências de Saúde Bucal que trouxeram a temática da EPS para o debate.

Em seguida, mostra-se as contribuições da literatura, iniciando pelas questões inerentes as origens e conceitos da EPS e complementa-se fazendo diferenciação entre a EPS x Educação Continuada.

No terceiro momento, descreve-se a trajetória metodológica da pesquisa, o seu local, os sujeitos da pesquisa, a coleta e análise dos dados, bem como os aspectos éticos que envolveram o estudo.

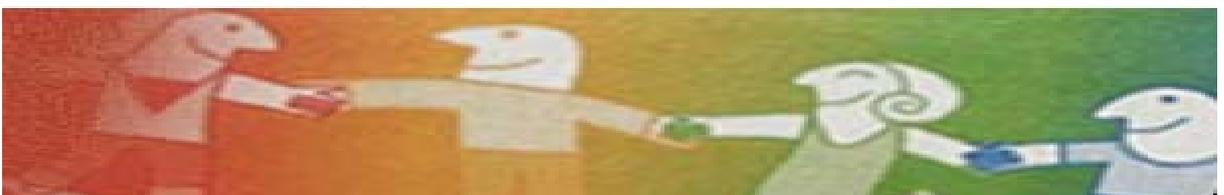
Na penúltima parte, faz-se uma apresentação da discussão e análise dos resultados seguindo a análise de conteúdo sugerida por Bardin.

Por fim, relata-se as considerações dos resultados encontrados e algumas proposições que possivelmente servirão de reflexão sobre a importância da viabilização da EPS nos serviços de saúde do SUS.

*A atitude ideológica é, antes de tudo, uma
atitude de amor, humildade e fé nos
homens, no poder de fazer e
de refazer, de criar e
de recriar.*

(Paulo Freire)

2 REVISÃO DA LITERATURA



2.1 HISTORIANDO A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

A busca pela qualificação de recursos humanos atualmente denominado de gestão do trabalho, através da Educação Permanente em Saúde, aparece como necessidade imprescindível desde as primeiras Conferências Nacionais de Saúde (CNS), de Recursos Humanos e de Saúde Bucal. Esta temática foi discutida de forma prioritária dada a sua importância, visto que, os trabalhadores de saúde são os principais construtores e condutores de todos os programas, diretrizes, projetos e políticas gerados para execução das ações, através do seu trabalho, nos serviços de saúde do SUS.

O trabalho valoriza a pessoa humana que por sua vez valoriza o trabalho quando este se insere em uma finalidade social. O trabalhador não pode ser, em qualquer que seja o regime de produção, apenas uma peça, um mecanismo que se substitua ou se reforce. Não basta dizer que o trabalho é valor. É preciso compará-lo e adicioná-lo de outros valores, como a viabilização da qualificação profissional com vistas à melhoria de suas práticas cotidianas^{76, 78}.

Nesse contexto, ao longo dos tempos a busca pela valorização dos profissionais que fazem a saúde do país tem sido colocada nos debates. Já nas primeiras Conferências de Saúde realizadas respectivamente nos anos de 1941 e 1950, a abordagem de recursos humanos era centrada no profissional médico, visto que o paradigma sanitário vigente da época estava voltado mais para ações médicas^{9, 22}.

Na III CNS, na década de 60, as preocupações incorporavam a formação e preparo de pessoal de nível técnico a partir das demandas originadas nos programas e serviços estabelecidos, cabendo às Escolas de Saúde Pública a responsabilidade da formação deste pessoal, Brasil¹⁰. Esta Conferência ocorreu no mesmo ano da primeira reunião de Ministros de Saúde das Américas que dividiram os mesmos problemas de recursos humanos, entre estes, a necessidade de traçar programas de capacitação para o setor. Esta Conferência foi o ponto de partida para as políticas de recursos humanos no Brasil e descreveu a época, como um período de crescimento e busca da racionalidade do setor^{22, 86}.

Na IV CNS em 1967 e posteriormente na V CNS, surge o termo: treinamento profissional em serviço. A partir deste evento ocorrido em 1977, o Ministério da Saúde (MS) ressalta a necessidade de ajustamento da formação dos recursos humanos em saúde, bem como a importância de salários mais condizentes no setor de saúde pública. Por conseguinte,

estabelece-se o programa de capacitação de pessoal em saúde, exigindo-se assim o aperfeiçoamento contínuo, e reforçando o termo educação continuada e treinamento em serviço^{11,22}.

Outros movimentos aconteciam na busca de uma forma para melhorar as relações de trabalho, dos profissionais de saúde, ora insatisfeitos com as práticas autoritárias e rotinizadas dos serviços de saúde almejavam uma mudança para uma atuação mais significativa para as classes populares. Dá-se início ao movimento da Educação Popular em saúde através de uma rede denominada *Articulação Nacional de Educação Popular em Saúde* (ANEPS), que se orientavam pelos princípios teóricos de Paulo Freire bem como das idéias sistematizadas do que vinha antes dele. Então, este é um movimento de intelectuais e/ou trabalhadores de saúde e lideranças populares que buscava discutir algo que vai criando e se transformando^{1,90}.

A ANEPS desde seu início formulou os seguintes objetivos: a formação ampliada de recursos humanos em saúde na perspectiva da Educação Popular, apuração da metodologia adequada à atual conjuntura, a busca de uma integração mais intensa entre os diversos profissionais e lideranças populares envolvidos em práticas educativas espalhadas na América Latina, bem como a luta pela reorientação das políticas sociais para torná-las mais participativas.

Com o passar do tempo novos grupos de profissionais passaram a interessar-se pela perspectiva da Educação Popular, na medida em que se superou as fases da institucional política e legal do Sistema Único de Saúde e passou-se à implementação do sistema, com a multiplicação dos serviços básicos e a ampliação do espaço para discussão e experimentação de propostas que reorientam a modelo de atendimento no cotidiano. Atualmente este movimento caminha paralelamente ao SUS contribuindo na formulação da PNEPS.

Segundo Nunes⁷⁷, a década de 70 foi marcada pelo crescente reconhecimento da imbricação entre saúde pública e política. Esta politização do campo da saúde pública no Brasil refletiu-se na tendência da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) de buscar superar a visão de transmissora de conhecimentos apolíticos, uma mudança com clara repercussão no campo da saúde pública no país. Esse processo de mudança, e a consequente consolidação do campo dos estudos em saúde coletiva, resultaram na criação do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES) em 1976; e da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) em 1979. Ambas as instituições tiveram importante papel na conformação das políticas de saúde na década seguinte.

Na VII CNS em 1980, teve como uma das finalidades promover o debate de temas relacionados à implantação e desenvolvimento do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde PREV-SAÚDE. Este projeto foi inspirado nas idéias formuladas na Conferência de Alma-Ata, em 1978, em que foi acordado que todos os países participantes desenvolveriam projetos para se atingir “*Saúde para todos no ano 2000*”. O tema central desta Conferência era a “*Extensão dos Serviços de Saúde através dos Serviços Básicos*” que teve entre os subtemas o desenvolvimento dos recursos humanos, supervisão e educação continuada^{12, 89}.

O tema da educação continuada apareceu a partir daí, de forma explícita, referindo-se à necessidade de que a carreira de sanitária (cuja implantação foi aí recomendada) teria de acoplar novos conhecimentos à formação inicial dos recursos humanos da saúde. A partir daí, este tema foi amplamente abordado e também relacionado a projetos de extensão de cobertura, ressaltando propostas que visavam à implantação de programas de integração docente-assistencial.

Paralelamente as discussões nas Conferências, em nível mundial a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) através da Organização Mundial de Saúde (OMS) nos anos 80 reorienta os processos de capacitação de trabalhadores inseridos nos serviços de saúde tomando como eixo central a aprendizagem do trabalho cotidiano nos serviços.

Percebe-se que a necessidade de ampliação dos debates e viabilização de propostas de melhoria dos serviços de saúde era inadiável e para que houvesse essa quebra de paradigma dos modelos hegemônicos de saúde propostos na época, fica evidente que deveria haver uma reformulação na formação dos recursos humanos, entendendo que estes são os construtores efetivos de toda e qualquer proposta sugerida nos serviços de saúde.

Realizada em 1986 a VIII CNS foi considerada o marco para a introdução do SUS na Constituição Federal que apontou a necessidade de reformulação do Sistema Nacional de Saúde onde se via a necessidade que esse novo Sistema fosse regido pelo princípio da capacitação e reciclagem permanente de seus recursos humanos; que a formação dos profissionais de saúde deve estar integrada ao sistema regionalizado e hierarquizado de atenção e que os currículos da área de saúde deveria ser integrados por conhecimento das práticas terapêuticas alternativas^{13, 19, 22}.

Esta Conferência acolhendo, pela primeira vez, representantes da sociedade civil, que contavam cerca de um terço dos participantes. Mais que um fórum de discussão restrito à política de saúde, a VIII Conferência foi palco do embate entre o Ministério da Previdência e

Assistência Social, tradicionalmente responsável pelas ações de assistência médica; e o Ministério da Saúde, que as reivindicava como sendo de sua competência^{77, 79}.

No mesmo ano na I Conferência Nacional de Saúde Bucal (CNSB) foi construída uma proposta de adoção de uma Política de Recursos Humanos em Saúde Bucal, que entre várias propostas requeria treinamentos, reciclagens e educação continuada com investimentos específicos^{18, 19}.

Refletindo-se sobre a importância nestes espaços de discussão, pode-se perceber que buscava-se desde aquela época, formas que valorizassem os profissionais de saúde inseridos nos serviços públicos. Incluída nesta pauta de discussões também estava a aproximação com as instituições formadoras, bem como estratégias para alcançar à integralidade da atenção a saúde através de ações includentes.

Dada a importância e necessidade de discutir este tema especificamente, e mediante as propostas formuladas nas CNS se convocou as Conferências de Recursos Humanos. Nestas Conferências, já se reconhecia a necessidade de consolidar as propostas da Reforma Sanitária Brasileira no que concerne ao desenvolvimento de estratégias quanto à formação dos trabalhadores em saúde, visto que, os cursos de graduação não respondiam as necessidades do SUS, ora vigente.

A I Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde aconteceu em 1986 e teve como tema: “*Os profissionais de saúde e o corporativismo*”. As discussões giraram em torno da redemocratização do país, do dimensionamento e desempenho do trabalho em saúde, da disfunção da força de trabalho disponível, sobre a ausência de uma política de recursos humanos no país. Ao final, foi consolidada um relatório com os seguintes temas: a distribuição geográfico-social dos recursos humanos; desigualdades nas inserções no mercado de trabalho; composição das equipes de saúde, valorização dos profissionais e a formação de recursos humanos. Estes temas também foram trabalhados no Grupo de Trabalho da Comissão Nacional da Reforma Sanitária^{63, 64, 86}.

Atendendo aos apelos populares e aos processos de amplas discussões quanto a necessidade da formulação na área de recursos humanos da saúde a Constituição Federal de 1988 estabelece que compete ao SUS ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde e incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico, Brasil²⁰. Esta resolução foi complementada no que se refere a operacionalização com a lei 8.080 de 19 de setembro de 1990, no parágrafo único dos Artigos 14, 15 e 27, onde diz

respectivamente que: deverão ser criadas comissões permanentes de integração entre os serviços de saúde as instituições de ensino profissional e superior; compete as três esferas de governo a participação na formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde com a realização de pesquisas e estudos na área da saúde e, por fim, o artigo 27 da lei traz que, deve haver a organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino inclusive de pós- graduação, além da elaboração permanente de aperfeiçoamento de pessoal nos serviços de saúde^{20, 21}.

Diante do que está posto na Carta Magna e na lei 8.080/90 coloca-se um grande desafio para as instituições de saúde nas três esferas de governo no sentido de, a partir daí, pensarem de forma efetiva as estratégias de fazer a aproximação ensino-serviço-comunidade atendendo as solicitações anteriormente formuladas nas Conferências de Saúde, bem como nas discussões de outras instâncias.

Como refere Ceccim⁴², estes artigos da Lei Orgânica da Saúde colocam os serviços de saúde como campo de ensino e pesquisa, logo, locais de ensino-aprendizagem que expressam a indissociabilidade dos papéis de gestão e formação no âmbito direto do SUS.

Nesta perspectiva, em 1991, deu-se início ao projeto UNI que tinha como principal objetivo apoiar o desenvolvimento integrado de modelos inovadores de ensino, dos sistemas locais de saúde e da ação comunitária. Por meio dessa iniciativa, o UNI pretendia realizar uma nova maneira de integrar parceiros e desenvolver modelos que abrissem caminhos para a formação de profissionais de saúde e articulassem os avanços científicos e tecnológicos à necessidade da comunidade. O Projetos UNI “*Uma Nova Iniciativa na Formação dos Profissionais de Saúde*”, caracterizava-se pelo movimento de transformação do ensino dos profissionais para o setor saúde, com propostas de forte potencialidade para mudanças do modelo de ensino na área^{2, 51, 87}.

Este projeto foi implantado em Universidades de vinte e três cidades da América Latina - dentre estas em Natal/RN - serviços locais de saúde e organizações comunitárias representando uma iniciativa de cooperação entre as instituições participantes dos projetos e teve colaboração com a OPS/OMS e com o “*Network of Community Oriented Educational Institutions for Health Sciences*”⁶⁵.

Diante da instabilidade política da época e a pouca viabilidade das solicitações das diversas Conferências no que se refere as formulação da política específica de recursos humanos em saúde, o debate resurge na IX CNS que teve a nova Constituição Federal como

base legal e foi marcada por um período de crise ética e econômica da política do Governo Collor. Com relação aos recursos humanos houve consenso sobre a necessidade de superar os tradicionais processos gerenciais adotados pelas instituições de saúde e aprofundar uma análise crítica dos mesmos. No que se refere, especificamente, a formação de recursos humanos, percebia-se que o modelo de expansão e organização do Governo vigente tinha o intuito de acompanhar seus projetos desenvolvimentistas, adotando um modelo de formação de forma acelerada, para atender ao modelo médico/hospitalar/privatista em expansão em todo o país. Ficava-se evidente também a proliferação de escolas de saúde privadas ficando visível a redução da capacidade do Estado em regulamentar a formação e a qualificação da força de trabalho do seu mercado e um aumento dos interesses econômicos sobre a formação dos trabalhadores de saúde^{66, 67}.

Mesmo estando claramente colocado na lei 8.080 e discutida na I Conferência de Recursos Humanos era visível a necessidade de formular uma política efetiva e legítima de recursos humanos. Machado⁶⁷ relata que os anos 90 – de consolidação do SUS – foi o período da anti-política de recursos humanos. Neste período o SUS não se preocupou com os trabalhadores, sem elaborar uma efetiva política de recursos humanos compatível com a sua concepção universalista. Esta foi uma época caracterizada pela adoção de preceitos neoliberais em detrimento aos da Reforma Sanitária Brasileira. Uma tentativa de ação neste período foi a elaboração da Norma Operacional Básica para os Recursos Humanos (NOB-RH), que definia princípios e diretrizes para a NOB da saúde e teve como principal objetivo a discussão da centralidade do trabalho, do trabalhador, da valorização profissional e da regulação das relações de trabalho em saúde.

No entanto, refere Machado⁶⁷ que poucos resultados foram alcançados com a NOB-RH, por ter acontecido em um momento em que imperou a privatização, por meio da terceirização de serviços, a flexibilidade das relações e a abertura de novos cursos na área de saúde.

Já a II Conferência de Recursos Humanos em 1993 trazia um capítulo sobre as políticas de preparação e gestão de recursos humanos, o qual propunha dentre outros pontos, a criação de estruturas de desenvolvimento de recursos humanos nas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e criação e sistematização de programas de educação continuada de forma descentralizada e institucional⁷.

De acordo com Fraz⁵⁴ o sistema de saúde deve intervir de forma técnica, científica e política, visando proporcionar um sistema de cuidado de saúde que atenda as necessidades e

aspirações individuais e coletivas, com atuações de profissionais que lidam com o ser humano trabalhando interdisciplinarmente e com articulação entre os diversos setores. Para tanto, necessita-se de uma política formulada de modo que atenda aos anseios dos gestores, trabalhadores de saúde e principalmente que favoreça o controle social. Assim, Westphal e Almeida⁹⁵ percebe que a Política de Recursos Humanos do setor saúde tem características que são peculiares e que as diferenciam dos demais setores da administração.

Ainda em 1993, na II Conferência Nacional de Saúde Bucal, discutia-se que a maioria dos profissionais de Odontologia que compõem os serviços públicos de saúde em todas as esferas de governo desenvolviam uma prática tradicional em que o modelo privado de atenção era transferido acriticamente para a prática pública. A razão principal deste paradoxo se explica no fato de que o modelo formador do país estava dissociado da realidade brasileira e longe de uma articulação ensino/serviço, e não se compromete com as necessidades da população dos serviços públicos. Discute-se ainda que as pós-graduações mais procuradas pelos profissionais da saúde bucal não contemplam a saúde coletiva, confirmando o modelo mercantilista e elitista da Odontologia no país, que situa-se em uma realidade distante dos serviços públicos vigentes²³.

A valorização do trabalhador de saúde bucal no SUS, e em respeito ao usuário, também foi discutida nesta Conferência e recomendou ainda que fossem criados mecanismos para que os profissionais, servidores do SUS, e usuários possam se atualizar em função do interesse dos serviços e em prol das necessidades das comunidades²³.

Na X Conferência Nacional de Saúde, cujo slogan foi "*Onde dá SUS, dá certo*", não só foi novamente solicitada à regulamentação do artigo 200 da Constituição Nacional ou artigo 6º da Lei Orgânica da Saúde, como também que o MS apresentasse um Plano de Ordenamento da Capacitação, Formação, Educação Continuada e Reciclagem dos Recursos Humanos em Saúde. Esta Conferência destacou também a importância da ligação da formação dos recursos humanos em saúde com as dos Núcleos de Estudos e Pesquisas em Saúde Coletiva, com as instâncias de representação dos gestores de saúde como os Conselhos Nacionais de Secretários Estaduais e de Secretários Municipais de Saúde (CONASS) e (CONASEMS) e Conselhos Estaduais de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS), mostrando o esforço de constituir uma política de desenvolvimento e formação que dizia respeito às universidades e aos gestores em saúde e viesse fortalecer o SUS. Esta integração ficou proposta inclusive para o desafio de formular programas permanentes de capacitação para os municípios^{14, 37}.

Em 2001 na XI Conferência Nacional de Saúde já se formulavam propostas mais direcionadas a garantir através do orçamento da saúde a capacitação dos profissionais em cada esfera de governo, dando prioridades aos programas aprovados pelo respectivo Conselho de Saúde e estabelecendo que estas formações de recursos humanos fossem definidas a partir da necessidade dos serviços locais de saúde¹⁵.

Como pode-se perceber requeria-se a partir daí a participação do Controle Social (Conselheiros de saúde, Promotores do Ministério público e população em geral) através dos Conselhos de Saúde na tomada de decisão na âmbito das gestões obedecendo os princípios que orientam a criação do SUS e a lei 8.142/90 no sentido de envolver a participação popular no processo da formulação dessas decisões. Com isso estava se formando uma nova cultura de participação do controle social na tomada de decisões para a efetivação da Educação Permanente em Saúde para os trabalhadores do SUS.

Ceccim e colaboradores³⁷ relatam que consta no relatório da XI Conferência Nacional de Saúde que o Conselho Nacional de Educação substituiu o conceito de “currículo mínimo” para as profissões superiores da saúde pelo conceito de “diretrizes curriculares”.

Paralelamente a estas discussões nas Conferências, no âmbito acadêmico estava se discutindo sobre as novas diretrizes curriculares dos cursos de graduação da área da saúde que apontavam para a necessidade de formular algumas competências e habilidades, particularmente voltadas para o setor público corroborando assim, para uma mudança na formação dos profissionais de saúde

Nesse sentido para impulsionar as mudanças curriculares na graduação, em 2002 foi instituído o Programa de Incentivo às Mudanças nas Escolas Médicas (PROMED). Este programa teve como objetivos reorientar os produtos da escola da área de saúde com ênfase nos modelos de atenção, especialmente a atenção básica, integração com gestores do SUS e, a partir daí, construção de novos cenários de ensino-aprendizagem e introdução de novas metodologias pedagógicas e de ensino aprendizagem. A Educação Permanente surge como uma destas competências e habilidades propostas pelas novas diretrizes curriculares dos cursos de graduação da área de saúde, incluindo a odontologia e publicadas pelo Conselho Nacional de Educação em 2002^{45, 68, 89}.

No âmbito do Ministério da Saúde em 2003 se dá início a um novo momento para a área de recursos humanos atendendo aos apelos da Constituição Federal, lei 8080/90, NOB/RH, Conferências de Saúde, Conferências de Saúde Bucal entre outros documentos

institucionais no que concernem as reivindicações dos trabalhadores de saúde, na tentativa de iniciar um novo momento para a área de recursos humanos entendendo que o tema gestão do trabalho e educação na saúde necessita de uma atenção e uma dedicação constante, devido ao grande contingente de trabalhadores de saúde e que estes são os executores diretos das ações planejadas pelas gerencias das esferas de governo em que trabalham. Assim, o MS criou através do Decreto nº 4.726, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde^{25, 27}.

A SGTES²⁷ veio para formular as políticas, projetos e programas e tem como atribuição a formulação das políticas orientadoras da formação, desenvolvimento, distribuição, regulação e gestão dos trabalhadores da saúde. É composta por dois departamentos: o Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (DGRTS) e o Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DGES). A partir daí o MS assume o papel de gestor federal do SUS de acordo com a legislação, ordenação da formação e desenvolvimento de pessoal para o setor saúde, elaborando orientações e diretrizes que asseguram a EP dos trabalhadores do SUS.

Em 04 setembro de 2003, o Conselho Nacional de Saúde aprovou o documento que instituiu a “*Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: caminhos para a Educação Permanente em Saúde*” no qual se adotou como estratégia para sua implantação a criação dos Pólos de Educação Permanente em Saúde como instâncias locais e interinstitucionais da gestão de EP oferecendo apoio técnico, financeiro e operacional para a constituição e funcionamento dos mesmos. Esta proposta foi aprovada e pactuada pelo MS com alocação e efetivação de repasses dos recursos financeiros do Governo Federal para os projetos dos Pólos de Educação Permanente em Saúde conforme as linhas de apoio da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, consensuado pela Comissão Intergestora Tripartite (CIT), em 23 de outubro de 2003²⁷.

Em seguida, em fevereiro de 2004 foi instituída a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde através da Portaria 198 de 13 de fevereiro de 2004, que vem como uma estratégia do SUS para o desenvolvimento dos trabalhadores para o setor, tendo como orientação os princípios da Educação Permanente em Saúde, compreendida como uma proposta capaz de contribuir para a necessária transformação dos processos formativos, das práticas pedagógicas e de saúde e para a organização dos serviços. Empreende, portanto, um trabalho articulado entre o sistema de saúde, em suas esferas de gestão, e as instituições formadoras, na identificação de problemas cotidianos no processo de trabalho na saúde e na construção de ^{soluções}^{26, 33}.

Com a instituição desta política foi dado um passo importante com vistas da superação do distanciamento da educação e a prática em saúde, proporcionando perspectivas de novos rumos para a melhoria dos serviços de saúde acoplando a participação ensino, gestão, atenção e controle social denominado o quadrilátero da formação para a área de saúde⁴¹.

A formação de um novo profissional, capaz de inserir-se em uma equipe multiprofissional, vinculando-se as famílias/comunidades, impõe revisar atitudes, valores e práticas de saúde, razão pela qual exige, por parte dos órgãos formadores, o desenvolvimento de estratégias de ensino, de produção e disseminação de conhecimentos direcionados a uma nova realidade sócio-sanitária, bem como o apoio incondicional da gestão no sentido de incluir todos os segmentos da sociedade, principalmente, os órgãos formadores nos debates das construções da PNEPS voltadas para os trabalhadores de saúde do SUS, visto que percebia-se até bem pouco tempo a inexistência de uma integração ensino-serviços de saúde.

A respeito do distanciamento do Ministério da Educação (ME) nas discussões da área da saúde, Silva e colaboradores⁸⁹ referem que as novas diretrizes curriculares constituíram um avanço e estímulo para que algumas instituições de ensino se integrassem mais ao SUS e adotassem novos currículos e estratégias inovadoras, tais como o PBL (aprendizagem baseada em problemas).

Concorda-se com Jaeger e colaboradores⁶⁰, quando diz que este momento foi caracterizado pelo retorno aos princípios de que a saúde e os trabalhadores que atuam nela são bens públicos e define esta iniciativa como uma ação política que inaugura um novo momento para a área de recursos humanos, trazendo confiança e esperança tanto para aqueles que produzem os serviços de saúde para a população, como também para os responsáveis pela gestão dos sistemas de saúde. Era preciso uma decisão de cunho político para enfrentar os efeitos deletérios da política neoliberal que se impôs na década de 90, considerada a “década perdida” para a área de recursos humanos em saúde. Aquele momento foi movido pelo desestímulo, a perda do sentido de carreira profissional, a precarização do trabalho, entre outros males a serem combatidos. Pensar hoje a questão dos recursos humanos significa pensar aqueles que são os protagonistas da Reforma Sanitária, aqueles que detêm a técnica, o saber e o trabalho a serem postos a favor da população brasileira⁶⁸.

No âmbito do estado do Rio Grande do Norte, como refere Pinheiro⁸³, a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde através do PEP-RN foi o principal espaço para a sua efetivação, apresentando nas discussões, potencial para o questionamentos das práticas hegemônicas, bem como abrigando as dificuldades e os avanços

inerentes a um processo de mudança como o proposto. Este Pólo reuniu instituições formadoras públicas e privadas, gestores do sistema, instâncias do controle social do SUS, movimentos sociais e instituições com atuação no campo da saúde.

Diz a mesma autora que nas reuniões do PEP/RN as discussões eram permeadas de maneira enfática de assuntos como: limitações em viabilizar a descentralização das ações; a centralização dos recursos, que muitas vezes são gastos de forma indiscriminada com atividades pontuais na perspectiva unicamente de repassar conhecimentos, bem como a ínfima participação do Ministério da Educação nas mais diversas tentativas de construção de políticas includentes que envolvem a EPS⁸³.

Em 2003 acontece a XII CNS, nesta Conferência o Eixo VI foi totalmente direcionado aos recursos humanos com discussões direcionadas aos seguintes tópicos: Regularização dos Vínculos e Desprecarização do Trabalho em Saúde, Relações de Trabalho e Saúde do Trabalhador da Saúde, Regulação das Profissões, Gestão da Educação em Saúde, Formação dos Profissionais de Saúde, Educação em Serviço e EPS, que aparece agora como um elemento indissociável e fundamental para que ocorra efetivamente as mudanças nos serviços de saúde¹⁶.

Na III CNSB discutia-se que o sistema de ensino superior não está cumprindo o seu papel na formação de profissionais comprometidos com o SUS e com o Controle Social. A formação dos trabalhadores da saúde bucal não se orienta pela compreensão crítica das necessidades sociais em saúde bucal. É conduzida sem debate com os organismos de gestão e de participação social do SUS, resultando em autonomização do Ministério da Educação, das universidades públicas e privadas, das instituições formadoras de trabalhadores de nível médio^{29, 38}.

Dessa forma, se cristalizam empecilhos para o SUS exercer o preceito constitucional de ordenar os recursos humanos para o Sistema e persistem as inadequações dos profissionais para sua implantação e desenvolvimento efetivos, resultando em dificuldades para as práticas integrais de atenção e queda da qualidade dos serviços de saúde. Acredita-se que a causa principal desse quadro é que o modelo formador do país está dissociado da realidade brasileira, não se comprometendo com as necessidades da população.

Mesmo com a PNEPS instituída e os Pólos de Educação Permanente em Saúde funcionando em todo país não se visualizava propostas concretas de mudanças na formação dos recursos humanos em saúde⁸³.

Mediante esta realidade, no segundo semestre de 2005, após inúmeras discussões e movimentos questionando a efetiva funcionalidade dos Pólos em todo o país, a SGTES encomendou uma Pesquisa de Avaliação e Acompanhamento da PNEPS, que foi realizada pelo Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP) e teve como objetivo levantar e apresentar um conjunto de informações que subsidiariam os ajustes a serem efetuados na condução desta política.^{27, 33}

Em vistas dos resultados desta pesquisa, e principalmente, as novas orientações estabelecidas pelo Pacto pela Saúde (Portaria 399/06 que dispõe sobre a consolidação do SUS com três componentes: Pacto pela vida, em defesa do SUS e de Gestão), o DGES/SGTES iniciou em 2006, no âmbito da Câmara Técnica de Recursos Humanos da CIT, o processo de revisão da Portaria 198/04, redefinindo a operacionalização da estratégia, e revendo o papel e vinculação dos Pólos de Educação Permanente. Em parceria com representantes do CONASS e CONASEMS em todas as regiões do país foram realizadas algumas atividades de avaliação.

A proposta resultante deste processo de construção estratégica e participativa da CIT foi submetida ao plenário Conselho Nacional de Saúde, onde a representação dos gestores apresentou a proposta da mudança do nome dos Pólos de Educação Permanente em Saúde para Comissões de Integração Ensino-Serviço (CIES), previstas no Art 14 da Lei nº 8080, a saber: “Deverão ser criadas Comissões Permanentes de Integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior que deve estabelecer mecanismos de negociação intersetorial saúde/educação com os respectivos gestores da educação, para um progressivo entendimento, com vistas a uma ação integrada que busque ajustar, qualitativa e quantitativamente, a instituição formadora às demandas e necessidades do SUS no âmbito das três esferas do governo com o estabelecimento e a definição de responsabilidades conjuntas”^{21, 24, 34}.

Nesse sentido, a PNEPS foi reafirmada com a Portaria 1.996 de 20 de agosto de 2007, revisando a portaria 198/04 e define novas diretrizes e estratégias adequadas ao Pacto pela Saúde. A principal mudança desta portaria ocorreu no âmbito regional, com a condução da política por meio dos Colegiados de Gestão Regional (CGR), com a participação das CIES, como instâncias intersetórias e interinstitucionais permanentes previstas no Artigo 14 da lei 8080/90 e na NOB/RH-SUS e previstas no Pacto pela Saúde em substituição aos Pólos de Educação Permanente em Saúde³⁴.

Compete ao CGR definir o “*Plano Regional de Educação Permanente em Saúde*” para uma dada região. Estes Planos necessariamente tem que ser submetidos para aprovação

da Comissão Intergestora Bipartite (CIB) e Conselho de Saúde e vem com estratégias de qualificação dos trabalhadores de saúde, da atenção à saúde, da gestão, e de fortalecimento do controle social^{34,37}.

Assim, foram criadas as CIES, que são constituídas nos 3 âmbitos da gestão do SUS e são compostas pelos gestores estaduais e municipais de educação; gerentes dos serviços de saúde; trabalhadores do SUS e/ou suas entidades representativas; instituições de ensino com cursos na área da saúde públicas e privadas e movimentos sociais ligados à gestão das políticas públicas de saúde e do controle social do SUS.

O documento de reformulação da PNEPS diz que a EPS é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. A EPS se baseia na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais e acontece no cotidiano das pessoas e das organizações. É feita a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm. Esta portaria propõe também que o processo de educação dos trabalhadores da saúde se faça a partir da problematização do processo de trabalho e considera que sua formação e desenvolvimento sejam pautadas pela necessidade de saúde das pessoas e populações³⁴.

Feuerwerker^{52,53}, Ceccim e Bilibio⁴⁰, Ceccim, Armani e Oliveira⁴⁴ comentam que ainda podem ser caracterizadas como inovadoras as experiências integradas entre gestores, formadores, usuários e estudantes, com o objetivo de qualificar a formação dos trabalhadores para as reais necessidades de saúde. As experiências exitosas acumulada de mudança na formação, dentro e fora do país, se centra na tríade instituições de ensino — instituições de serviço — associações científico-profissionais, ou pela tríade ensino — serviço — comunidade. Dessa reflexão nasceu, em 2003, o conceito de *quadrilátero da formação*. A qualidade da formação passa a resultar da apreciação de critérios de relevância para o desenvolvimento tecnoprofissional, o ordenamento da rede de atenção e a alteridade com os usuários.

O processo de implantação das CIES no estado do Rio Grande do Norte com a utilização dos recursos liberados para os projetos de qualificação dos trabalhadores da saúde do SUS desde 2007 passou-se de forma morosa com infinitas discussões, onde permeou a pouca governabilidade por parte da CIES e do setor financeiro da Secretaria Estadual da Saúde Pública (SESAP), visto que, a implantação das CIES estão vinculadas a Coordenadoria de Recursos Humanos (CRH) através da Sub-Coordenadoria de Capacitação (SUCA). No

período entre 2007 e 2008 ocorreram várias mudanças da Gestão Estadual da Saúde, conseqüentemente, entre outros atores a esta pasta vinculada, acrescidos também, de alguns entraves políticos e burocráticos que surgiram como outro fator dificultador, e como conseqüência disto, atrasos no processo do Plano Diretor de Regionalização (PDR), que estava em andamento desde 2006. Assim as formações das CIES Regionais não passaram de meras discussões de forma pouco resolutivas e denotando um processo lento e ineficaz no estado neste período⁵.

Concomitantemente a esse processo da EPS, no final de 2005 foi criado o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-SAÚDE) que se propunha na reorientação do processo de formação dos cursos de enfermagem, odontologia e medicina. Tinha como objetivos: estabelecer mecanismo de cooperação entre os gestores do SUS e as instituições de ensino superior, visando a melhoria da qualidade e resolubilidade da atenção; promover a integração da rede pública serviços de saúde e a formação dos profissionais de saúde na graduação e na educação permanente, incorporando uma abordagem integral do processo saúde-doença e da promoção da saúde e ampliar a duração da prática educacional na rede pública de serviços básicos de saúde⁸⁸.

Por conseguinte, percebe-se que os movimentos em prol das mudanças de formação, de qualificação dos trabalhadores da saúde estavam finalmente sendo viabilizados, visto que estas mudanças estão pautadas pelas diretrizes de uma política e não mais como programas pontuais.

Para Testa⁹¹ o significado de uma política pode levar a propostas de transformação social ou a manutenção do poder vigente, se as discussões e os encaminhamentos não acontecerem de forma compartilhada, de forma coletiva abrangendo todos os segmentos da sociedade e que contemple além de trabalhadores e gestores, principalmente o controle social, que muitas vezes são esquecidos nas formulações das propostas de intervenção de uma política.

Após 13 anos da realização da II Conferência de Recursos Humanos ocorreu no ano de 2006 a III Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Este fórum iniciou com a discussão do termo “recursos humanos”, que ao longo deste tempo tornou-se politicamente incorreto e a partir daquele momento, aceito por unanimidade e foi substituído por “gestão do trabalho”. A expressão recursos humanos deixou de ser empregada porque houve a compreensão de que os trabalhadores de saúde não são insumos adicionais que se

agrega aos recursos financeiros, tecnológicos e de infra-estrutura para produzir serviços: os trabalhadores de saúde são os próprios^{35, 49, 74}.

Corroborando com a discussão da necessidade da mudança destes termos Dantas⁴⁶ acrescenta que a expressão “recursos humanos”, a partir da segunda metade do século XX era entendida como “capital humano” em que se usava a educação como estratégia para garantir uma utilização da força de trabalho, cada vez mais lucrativa, na perspectiva capitalista, onde os trabalhadores foram objetos de “cursos”, “treinamentos”, “aperfeiçoamentos”, “especializações”, “capacitações”, “atualizações”, “reciclagens”, “workshops”, sendo estes muitas vezes, iniciativas próprias ou dos seus órgãos de classes, ou até mesmo por empresas privadas com a finalidade de oferecer estes serviços aos trabalhadores da saúde.

Para tanto, entende-se que é de responsabilidade do poder público ordenar a formação dos trabalhadores da saúde pública, bem como do Controle Social, no sentido de criar estratégias que venham, aprimorar o conhecimento do quadrilátero, como um todo, na sua área de atuação, estabelecendo assim uma analogia ao termo de gestão do trabalho.

De acordo com Machado⁶⁷ as discussões desta Conferência apontavam para a superação dos problemas da formação dos trabalhadores de saúde bem como um certo amadurecimento político das partes envolvidas: gestores, trabalhadores e usuários na busca de soluções reais, concretas e, acima de tudo, politicamente corretas na busca de resgatar a enorme dívida social que a Reforma Sanitária tem com seus trabalhadores do SUS. Diz ainda que a esperança, o compromisso político e a compreensão para enfrentar os problemas e os desafios na área eram os sentimentos que moviam todos os participantes nesta Conferência.

Com isso, percebe-se que este momento pós instituição da PNEPS foi marcado pela esperança da melhoria e viabilização das propostas, mas parece que o grande desafio é tornar esta proposta viável e que cheguem àqueles que estão nos serviços de saúde, atingindo também todos os segmentos da sociedade. Para que isso aconteça, alguns entraves burocráticos necessitam ser ultrapassados. Um desses entraves é transformar os recursos financeiros que chegam aos estados e municípios em ações de EPS de forma concreta.

Nessa perspectiva, em 2007 foi aprovada a ampliação do PRÓ-SAÚDE para todas as profissões de saúde, visando à reorientação da formação destes profissionais e reforçando a integração ensino-serviço, o que sem dúvida representou um avanço significativo.

Em de agosto de 2.008 surge o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET-Saúde que foi instituído pela Portaria Interministerial MS/MEC nº. 1.802, de 26 de

agosto de 2.008, inspirado no Programa de Educação Tutorial - PET, do Ministério da Educação. O objetivo geral do PET-Saúde é fomentar a formação de grupos de aprendizagem tutorial no âmbito da Estratégia Saúde da Família, caracterizando-se como instrumento para qualificação em serviço dos profissionais da saúde, bem como de iniciação ao trabalho e vivências dirigidos aos estudantes das graduações em saúde, de acordo com as necessidades do Sistema Único de Saúde - SUS.

Pode-se perceber que as discussões e preocupações em qualificar os trabalhadores do SUS estão sendo viabilizadas, ainda de forma incipiente, mas já se visualiza alguns movimentos nesse sentido.

Na XIII Conferência Nacional de Saúde em 2008 teve como tema “*Políticas Públicas para a Saúde e Qualidade de Vida: o SUS na Seguridade Social e o Pacto pela Saúde*”. Esta Conferência aconteceu em um momento muito importante, a comemoração dos 20 anos do SUS. A EPS estava presente nos 3 Eixos de discussão e aparece não mais como uma formulação de propostas e diretrizes, e sim como uma política concreta construída ao longo dos últimos 5 anos. Solicita-se que a PNEPS esteja incluída em todas as áreas das Secretarias e Departamentos e das propostas formuladas pelas diferentes esferas de governo. Reconheceu-se no relatório final que, apesar de sua caminhada vitoriosa rumo aos 20 anos de existência, o SUS ainda apresenta desafios, vinculados à gestão dos recursos humanos^{35, 47, 49}.

Mediante a viabilização da PNEPS no momento atual, faz-se necessário o cumprimento das diretrizes desta política que passa a ser encarada como estratégia de desenvolvimento que favoreça a formulação de um pensamento crítico dos trabalhadores de saúde para assim estimular o fortalecimento do movimento por mudanças através processo de formação com incentivo da gestão e participação efetiva da comunidade.

Atendendo as propostas das Conferências, das discussões com as instituições de ensino, bem como dos mais diversos fóruns que pautava a necessidade de uma efetiva mudança na formulação das políticas que lidam com a gestão e valorização do trabalho, no âmbito do Ministério da Saúde, a SGTES/DGES tem-se somado esforços no sentido de viabilizar algumas estratégias para que ocorra uma efetiva qualificação da gestão do trabalho do SUS, todos eles com a responsabilidade de formular políticas orientadoras da gestão, formação, qualificação e regulação dos trabalhadores da rede pública de saúde do país.

Acredita-se que com a efetiva participação nestes espaços, alguns trabalhadores da saúde possam subsidiar e ampliar seus conhecimentos a fim de buscarem metodologias de

trabalhos voltadas à melhoria da sua percepção quanto as propostas de EPS e consequentemente favoreçam a adoção de novas práticas⁴ que corroborem com as propostas da PNEPS.

Pode-se visualizar algumas mudanças e inovações propostas pela Política de Educação Permanente em Saúde que atendem e resgatam em parte, as proposições das 13 Conferências de Saúde, das 3 Conferências de Recursos Humanos, das 3 Conferências de Saúde Bucal bem como, nos textos da Constituição de 1988 e da Lei Orgânica da Saúde e da NOB-RH, remetendo aos princípios e diretrizes do SUS e às condições necessárias à sua efetivação.

2.2 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: ORIGENS E CONCEITOS

O trabalho em saúde se caracteriza por ser um trabalho imerso nas subjetividades necessitando de diversos fatores para a sua concretização. O profissional de saúde depende de um saber qualificado cientificamente, mas também deve ser pautado na valorização dos saberes das vivências e experiências cotidianas adquiridas desde suas primeiras relações como pessoa humana, assimiladas com os ensinamentos na educação formal, considerando que o trabalho nas unidades de saúde é marcado por uma diversidade de tecnologias e composto por atores com pensamentos diferentes.

L'Abbate⁶¹ observa que o profissional de saúde, não basta saber. É preciso articular responsabilidade, liberdade e compromisso. O saber fazer deve ser um saber fazer bem, no sentido de um saber que leve em conta o técnico, o político e o ético. Por meio da educação, o homem evolui, pelo fato de pensar e usar esse pensamento para transformar o mundo em que vive. O indivíduo deve ser protagonista da sua realidade, submergir no meio em que vive e deve agir e pensar de forma abrangente e complexa.

O pensamento complexo é aquele capaz de considerar todas as influências recebidas, internas e externas, sendo responsável pela ampliação do saber. Assim, é a partir de um processo organizador de autoconhecimento que o indivíduo-sujeito se transforma, constrói sua identidade e aprende sempre, estabelecendo seu aprendizado em função do meio onde está inserido, transformando-o. O trabalho em saúde é marcado pelas relações interpessoais entre os profissionais da equipe, e entre estes e o usuário de forma bastante significativa. Isto envolve mudanças importantes para a formação do profissional em saúde⁷⁵.

Cada homem deve ser sujeito de sua própria educação, não pode ser objeto dela, portanto, a educação implica busca contínua do homem, como um ser ativo na construção do seu saber, devendo recusar as posições passivas. Nesse sentido, o homem responsabiliza-se por sua educação, procurando meios que o levem ao crescimento e aperfeiçoamento de sua capacidade. Entende-se que a raiz da educação está no inacabamento do homem, e que isto constitui o núcleo fundamental no qual se sustenta o processo educativo. Pela educação o ser humano busca sua realização como pessoa, a consciência de sua condição de ser inacabado, em constante busca de ser mais⁵⁶.

Nesse sentido, concorda-se que a busca constante pelo aperfeiçoamento das práticas cotidianas nos serviços de saúde deve ser uma iniciativa, primeiramente, dos trabalhadores de saúde no sentido de amadurecer cada vez mais seus conhecimentos e crescer com os possíveis erros que venham a acontecer nas atividades cotidianas. Este profissional deverá ter a capacidade de reconhecer esses fatores que dão descontinuidade as ações positivas e a maturidade de refletir e iniciar um processo de mudança para melhoria dessa realidade. Portanto os estudos formais devem estar intimamente ligados as ações cotidianas aproximando a relação ensino-serviço.

Demo⁴⁸ diz que o “saber pensar” não pode entrar em nossas vidas apenas de vez em quando, mas como atitude definitiva. Um estudo muito distanciado da prática ou da cotidianidade não motiva; a prática como atividade que vem depois da teoria significa uma artificialidade; a prática como simples ativismo não sabe inovar, pois apenas se repete; a crítica sem proposta se esvazia em si mesma, pois, se é importante mostrar os erros, é ainda mais importante saber mostrar como superá-los; não se aprende de uma hora para outra, mas de modo continuado, como é a própria vida; o conhecimento que inova é o mesmo que envelhece, donde serve a necessidade de renovação constante; na vida é mister desconstruir práticas e teorias, para se continuar vivendo.

Para tanto faz necessário que haja uma percepção da realidade local dos serviços, com um envolvimento, até pessoal, para que se consiga, e que os atores envolvidos conheçam, minimamente, quais os problemas que geram a falta de uma atenção integral a saúde dos usuários, bem como a iniquidade no acesso aos serviços que hoje em muitos setores, ainda é uma realidade. Para a aquisição dessa percepção, não basta transmitir conhecimentos técnicos e condutas inovadoras através de cursos, mas faz-se necessário que estes profissionais estejam imersos na cotidianidade dos serviços e entendam suas diversas faces.

Freire^{55, 57} observa que mudanças de percepção se dão na problematização de uma realidade concreta, no entrelaçamento de suas contradições, implica em um novo enfrentamento

do homem com sua realidade. Implica admirá-la em sua totalidade: vê-la de “dentro” e, desse “interior”, separá-la em duas partes e voltar a admirá-la, ganhando assim uma visão mais crítica e profunda da sua situação na realidade que não condiciona. Diz ainda que, o indivíduo deve ousar, pensar, crescer, transformar e não adaptar-se fatalisticamente a uma realidade desumanizante. Essa afirmativa tem como eixo central a formação e desenvolvimento de trabalhadores para o setor, através de uma abordagem de aprendizagem significativa com vistas às mudanças de condutas no âmbito do trabalho cotidiano que mostra uma concepção pedagógica transformadora e emancipatória com aprendizagem significativa e problematizadora que busca a transformação das práticas de saúde no âmbito do trabalho.

Ceccim³⁹ refere que introdução da EPS seria estratégia fundamental para o saber fazer, a recomposição das práticas de formação, atenção, gestão, formulação de políticas e controle social no setor da saúde, estabelecendo ações intersetoriais oficiais e regulares com o setor da educação, submetendo os processos de mudança na graduação, nas residências, na pós-graduação e na educação técnica à ampla permeabilidade das necessidades/direitos de saúde da população e da universalização e equidade das ações e dos serviços de saúde.

A educação como um processo dinâmico e contínuo de construção do conhecimento, por intermédio do desenvolvimento do pensamento livre e da consciência crítico-reflexiva, e que, pelas relações humanas, leva à criação de compromisso pessoal e profissional, capacitando para a transformação da realidade⁸¹.

Parece que encontra-se diante do desafio de pensar uma nova pedagogia que usufrua todas as que têm implicado com a construção de sujeitos auto-determinados e comprometidos sócio-historicamente com a construção da vida e sua defesa, individual e coletiva que se veja como amarrada à intervenção que coloca no centro do processo pedagógico a implicação ético-político do trabalhador no seu agir em ato, produzindo o cuidado em saúde, no plano individual e coletivo, em si e em equipe^{70, 71}.

Com isso, a PNEPS é instituída no sentido de fomentar uma mudança das práticas nos serviços de saúde. Tem-se esse entendimento ao refletir os seus objetivos, quando diz que: a EPS é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. A EPS 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. É feita a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm. Esta portaria propõe também que o processo de educação dos trabalhadores da

saúde se faça a partir da problematização do processo de trabalho e considera que sua formação e desenvolvimento sejam pautados pela necessidade de saúde das pessoas e populações.

Mesmo com a instituição da PNEPS que coloca seus objetivos de forma clara e objetiva, bem como as contribuições de alguns autores que as expõem em seus textos, existe ainda muitas formas de se entender ou perceber a EPS por parte dos atores envolvidos, entre estes atores, o cirurgião-dentista. Acredita-se que uma das formas de se alcançar os resultados almejados com a instituição desta política é que estes profissionais entendam os seus objetivos, mas um dos fatores primordiais também, é que distingam e diferenciem a Educação Permanente de outros conceitos que são colocados na literatura, como a Educação em Serviço e principalmente a Educação Continuada.

Faz-se necessário expor de forma clara as diferenças de compreensão, principalmente, entre a Educação Continuada e Educação Permanente por elas se confundirem em seus significados léxicos, visto que a Educação Continuada é algo contínuo e a permanente quer dizer o que permanece, dura e continua. Como pode-se perceber o sentido das palavras são semelhantes. No entanto, quando são colocadas em forma de processo de educação no que se referem à concepção pedagógica estas diferem na estratégia e finalidades de utilização nos serviços de saúde.

Paschoal⁸¹ define Educação em Serviço (ES) como um processo educativo a ser aplicado nas relações humanas do trabalho, no intuito de desenvolver capacidades cognitivas, psicomotoras e relacionais dos profissionais, assim como seu aperfeiçoamento diante da evolução científica e tecnológica; a Educação Continuada como todas as ações educativas desenvolvidas após a graduação, com o propósito de atualizar, aprimorar e adquirir conhecimentos, mediante atividades de duração definida e de metodologias formais e a Educação Permanente como uma habilidade de aprendizagem contínua, desenvolvida pelo sujeito durante sua vida, por meio de suas relações pessoais, profissionais e sociais, no intuito de transformar-se, conforme ocorrem às mudanças do mundo. Dado que, na educação permanente, estão inseridas a educação continuada e a educação em serviço

Entretanto este mesmo autor encontrou nos resultados da sua pesquisa, que o enfermeiro não compreenderam inicialmente, o significado de Educação Permanente, Educação Continuada e Educação em Serviço. Contudo, após discutir estas terminologias e refletir sobre elas, o grupo entendeu que há diferenças entre os termos, como demonstram os conceitos construídos pelo grupo, e que vêm ao encontro da literatura estudada. A

diferenciação da terminologia, segundo o grupo, é importante para definir o tipo de ação a ser tomada diante da necessidade educativa apresentada⁸¹.

A Organização Panamericana da Saúde contextualiza a Educação Continuada como um processo dinâmico de ensino-aprendizagem, ativo e permanente, destinado a atualizar e melhorar a capacidade de pessoas, ou grupos, face à evolução científico-tecnológica, às necessidades sociais e aos objetivos e metas institucionais⁷⁸.

A idéia da Educação Continuada está baseada em uma interpretação da educação como um processo que se prolonga por toda a vida, tendo o conhecimento como eixo na formação humana permanente. A educação deve, portanto, ser vista como um processo infinito. Tanto para o indivíduo como para as organizações, ela é uma fonte inesgotável que proporciona facilitação de mudanças, quebra de velhos padrões, mudanças de ponto de vista e reorganização de sistemas, desafios bastante relevantes na sociedade atual (Mariotti, 1995).

A Organização das Nações Unidas (UNESCO), através de um comitê de educadores de renome mundial, na década de 70 do século passado, formalizou a Educação Permanente como filosofia de educação e a definiram como uma concepção dialética da educação, como um duplo processo de aprofundamento, tanto da experiência pessoal quanto da vida social global, que se traduz pela participação efetiva, ativa e responsável de cada sujeito envolvido, qualquer que seja a etapa da vida que esteja vivendo. A Educação Permanente será, portanto, a maneira de se preparar pedagogicamente com a vida cultural de uma nação. Aprender para viver; aprender a aprender, de maneira a poder adquirir conhecimentos novos ao longo de toda vida; aprender a pensar de maneira livre e crítica: aprender a amar o mundo e a torná-lo mais humano; aprender a desenvolver-se no e pelo trabalho criativo^{46, 55, 58}

De acordo com a UNESCO, parece se impor, cada vez mais, o conceito de educação ao longo de toda a vida, dadas as vantagens que oferece em matéria de flexibilidade, diversidade e acessibilidade no tempo e no espaço. É a idéia de educação permanente que deve ser repensada e ampliada. É que, além das necessárias adaptações relacionadas com as alterações da vida profissional, ela deve ser encarada como uma construção contínua da pessoa humana, dos seus saberes e aptidões, da sua capacidade de discernir e agir. Deve levar cada um a tomar consciência de si próprio e do meio ambiente que o rodeia, e a desempenhar o papel social que lhe cabe enquanto trabalhador e cidadão.

Considerando estas questões, verifica-se que, os conceitos de educação devem estar em consonância com os interesses de todos os envolvidos, ou seja, devem atender aos anseios

e às necessidades daqueles que deles vão participar e aos objetivos da instituição em que estão inseridos. No caso específico da odontologia, refere-se à finalidade do trabalho, que é a melhoria das condições de saúde bucal nas comunidades das ESF.

Atualmente, o MS propõe a Política de Educação Permanente em Saúde, num contexto que visa à transformação do processo de trabalho, orientado para a melhoria da qualidade dos serviços e para a equidade no cuidado e no acesso aos serviços de saúde que deve partir, portanto, da reflexão sobre o que está acontecendo no serviço e sobre o que precisa ser transformado. E para que ocorra esta reflexão minimamente, deverá estar claro estes conceitos por parte destes profissionais⁸⁴.

Rovere⁸⁵ sintetiza Educação Permanente em Saúde, como aprendizagem voltada ao trabalho, nos diferentes serviços, com a finalidade de melhorar a saúde da população. Ao tomar como objeto de modificação e de investigação o processo de trabalho, a EPS não procura converter todos os problemas em problemas educacionais, mas sim buscar as lacunas de conhecimento e as atitudes que são parte da estrutura explicativa dessas questões identificadas na vida cotidiana dos serviços.

Assim, a EPS leva à busca pela competência, pelo conhecimento e pela atualização, que são fatores essenciais para garantir a sobrevivência tanto do profissional quanto da própria instituição.

Ceccim^{42,43} refere que a Educação Permanente em Saúde pode corresponder à Educação em Serviço, quando esta coloca a pertinência dos conteúdos, instrumentos e recursos para a formação técnica submetidos a um projeto de mudanças institucionais ou de mudança da orientação política das ações prestadas em dado tempo e lugar. Pode corresponder à Educação Continuada, quando esta pertence à construção objetiva de quadros institucionais e à investidura de carreiras por serviço em tempo e lugar específicos. Pode, também, corresponder à Educação Formal de Profissionais, quando esta se apresenta amplamente porosa às multiplicidades da realidade de vivências profissionais e coloca-se em aliança de projetos integrados entre o setor/mundo do trabalho e o setor/mundo do ensino.

Ferreira⁵⁰ diz que diversos estudos têm demonstrado que o indivíduo é favorecido ao participar de processos de educação continuada. Tais processos contribuem para que saiba conduzir melhor o seu destino, capacitando-se também para o melhor exercício de uma cidadania ativa. Ao mesmo tempo em que vai adquirir saberes e capacitar-se para o trabalho, a pessoa pode aumentar sua capacidade de discernir e agir, ampliando a consciência de si

própria e do meio que a envolve e sentindo-se estimulada a desempenhar um papel social mais ativo. Para tanto, deve ser buscada uma educação que caracterize-se por ser pluridimensional, reconhecendo e desenvolvendo a multidimensionalidade do ser humano. Este conceito aplica-se também ao de Educação Permanente colocado na PNEPS.

A Educação Permanente está pautada no entendimento de que o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano dos profissionais e das organizações. Está fundamentada na aprendizagem significativa, ou seja, promove e produz sentido importante para o aprendiz. Ela é vivida a partir dos problemas enfrentados na realidade e se dá continuamente, visando à transformação das práticas. Portanto, está diretamente relacionada ao processo de trabalho nos serviços de saúde, também entendido por Educação em Serviço⁵³.

Para facilitar a compreensão destes conceitos pode-se observar no quadro 1 a diferenciação de Educação Continuada e Educação Permanente proposto por Peduzzi⁸².

Quadro 1 – Diferenciação de Educação Continuada e Educação Permanente.

CATEGORIAS	EDUCAÇÃO CONTINUADA	EDUCAÇÃO PERMANENTE
Concepção pedagógica	Tradicional “Educação como transmissão do conhecimento e saber”	Transformadora e Emancipatória “Educação como transformação e Aprendizagem significativa”
Atividade Educativa	Transformação da organização na qual está inserido o profissional através da atualização de conhecimentos	Transformação das práticas
Finalidade	Enfoque nas categorias Profissionais separadamente	Enfoque no trabalho em equipe multiprofissional
Público Alvo ou Público participante	Enfoque no conhecimento técnico científico de cada área	Enfoque interdisciplinar e transdisciplinar
Estratégias de ensino	Construídas a partir do diagnóstico de necessidade individuais, que resultam geralmente em cursos e Treinamentos	Contextualizadas promovem o diálogo entre as políticas gerais e singularidade dos lugares e pessoas, com caráter participativo
De quem partiu a demanda	De necessidades individuais de atualização e de orientações do nível central	Da problematização do processo de trabalho
Local de realização da atividade educativa	Externo ao serviço	Interno ao serviço

FONTE: Peduzzi⁸²

Diante do exposto, percebe-se certo dualismo semântico entre Educação Permanente e Educação Continuada, que hora se encontram hora se afastam e considera-se um entendimento final de que dependendo do contexto de sua aplicabilidade ocorre esta

duplicidade na aplicação das terminologias, mas entende-se que a essência do objetivo final é idêntica, que é de dar continuidade de forma permanente aos processos de aprimoramento das práticas cotidianas levando-se em consideração as experiências vividas no dia-a-dia, a fim de favorecer uma melhoria constante nas práticas dos serviços de saúde. Assim, se vê a aproximação desses termos.

Ao complementar estas reflexões percebe-se que, apesar da distinção entre as terminologias Educação Permanente, Continuada, justifica-se que todas têm caráter de continuidade do processo educativo, mas se fundamentam em diferentes princípios metodológicos. Entende-se também que a Educação Permanente é mais ampla, por fundamentar-se na formação do sujeito, enquanto a Educação Continuada está contidas na permanente, num contexto de complementaridade.

*Ninguém ensina nada a ninguém;
todos aprendemos juntos
em um processo.*

(Paulo Freire)

3 OBJETIVOS



3.1 GERAL

Analisar a percepção acerca da Educação Permanente em Saúde por cirurgiões-dentistas da Estratégia de Saúde da Família participantes de cursos oferecidos pelo Pólo de Educação Permanente do Rio Grande do Norte, no período de 2005 a 2007.

3.2 ESPECÍFICOS

- Verificar o que os cirurgiões-dentistas apreenderam acerca do conteúdo programático destes cursos;
- Averiguar a compreensão da abordagem metodológica adotada nestes cursos;
- Identificar os conceitos que os cirurgiões-dentistas participantes têm sobre a Educação Permanente em Saúde.

*O conhecimento exige uma presença curiosa do
sujeito em face do mundo. Requer uma ação
transformadora sobre a realidade.
Demanda uma busca constante.
Implica na invenção e reinvenção.*

(Paulo Freire)

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS



4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo exploratório de natureza qualitativa, cujo conhecimento do contexto e das múltiplas realidades, constituídos pelos participantes serviu de suporte para uma melhor compreensão acerca da temática estudada.

A pesquisa qualitativa do tipo exploratória possibilita responder questões sociais, com a compreensão dos seres humanos e da natureza, e de suas relações intra-subjetivas e com a realidade social, pois como enfatiza Minayo⁷³ a realidade social é o próprio dinamismo da vida individual e coletiva com toda a riqueza de significados dela transbordante.

4.2 ASPECTOS ÉTICOS

De acordo com a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, este estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), com a finalidade de se obter sua aprovação para que fosse realizado. O Comitê emitiu um parecer favorável à realização do mesmo, protocolado com o número 275/2008 (Anexo 1).

Ainda seguindo essa mesma resolução, os participantes foram devidamente esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo 2).

4.3 CENÁRIO DO ESTUDO

Esta pesquisa foi realizada no Estado do Rio Grande do Norte, o qual está localizado na Região Nordeste e tem como limites a norte e a leste o oceano atlântico, ao sul o estado da Paraíba e a oeste o Ceará. É dividido em 167 municípios e ocupa uma área de 52.796,791 km². Apresenta o melhor Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) da região nordeste 0,738. De acordo com Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população do Estado é de 3.013.740 habitantes; três municípios destes têm mais de 150 mil habitantes, são estes: Natal (capital, com 774.230 habitantes), Mossoró (234.390 habitantes) e Parnamirim (172.751 habitantes). Com mais de 50 mil habitantes temos os municípios de São Gonçalo do Amarante (77.363 habitantes), Ceará-Mirim (65.450 habitantes), Macaíba (63.337

habitantes), Caicó (60.656 habitantes) e Assu (51.262 habitantes). E 64,07% dos municípios têm menos de 10.000 habitantes⁵⁹.

Quanto à organização da saúde, a Secretaria Estadual da Saúde Pública está estruturalmente constituída em oito Regiões de Saúde, contemplando a divisão do Plano Diretor de Regionalização do Estado, as quais funcionam como instâncias administrativas intermediárias junto aos municípios.

A SESAP está dividida em seis Coordenadorias, dentre estas está a Coordenadoria de Recursos Humanos que tem como principais atribuições a capacitação e integração de todos os servidores que compõem a rede pública dos serviços de saúde. É responsável, também, pelo trabalho de reestruturação e reintegração funcional da SESAP como um todo, além de trabalhar a valorização, necessidade e importância dos recursos humanos dentro de um ambiente social. Inserida na CRH está a Sub-Coordenadoria de Capacitação.

A SUCA responde pela criação e realização de projetos para capacitação e renovação profissional dos servidores que fazem parte do quadro de pessoal da SESAP, bem como a implementação e articulação da Política de Educação Permanente em Saúde de todo Estado.

Foi através dessa Sub-Coordenadoria que ocorreu a implantação do Pólo de Educação Permanente a partir da PNEPS, que contou com a participação de profissionais ligados à UFRN, Associação Brasileira de Enfermagem, servidores da Secretaria Municipal de Saúde de Natal, Agência Regional do Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem no Rio Grande do Norte (PROFAE/RN) bem como alguns participantes que estiveram envolvidos em iniciativas anteriores na perspectiva da EPS como o Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Graduação em Medicina (PROMED), Projeto UNI/Natal e Pólo de Capacitação em Saúde da Família.

Posteriormente na implantação da Comissão de Integração de Ensino-Serviço a SUCA e o Centro de Formação de Pessoal (CEFOPE), vinculados à Comissão Intergestora Bipartite, ficaram responsável também, por este processo e foi através dessa Sub-Coordenadoria que se obteve as informações dos cursos aprovados pelo PEP/RN, dos cirurgiões-dentistas participantes desses cursos e municípios onde estes profissionais estavam inseridos, informações estas, imprescindíveis para desenvolvimento desta pesquisa.

Como mostra a figura 1, 18,0% dos municípios do Estado tiveram cirurgiões-dentistas que foram sujeitos desse estudo. Da I Região de Saúde: Ares, Goianinha, Lagoa de Pedras, Nísia Floresta, São José de Mipibu, Serrinha e Tibau do Sul; na II: Carnaubais, Governador Dix-Sept-Rosado e Mossoró; na III Assu, Afonso Bezerra, Fernando Pedroza, Itajá e Pendências; na IV: João Câmara, Macau, Parazinho, Rio do Fogo e Taipu; na V: Caicó e

Santana do Matos; na VI: São Paulo do Potengi e Serra Caiada; na VII: Patú e Pau dos Ferros e na VIII Região a da Grande Natal, participaram os cirurgiões-dentistas de Macaíba, Natal, Parnamirim e São Gonçalo do Amarante. Portanto, estes sujeitos estavam distribuídos nestes 30 municípios contemplados todas as regiões do Estado.

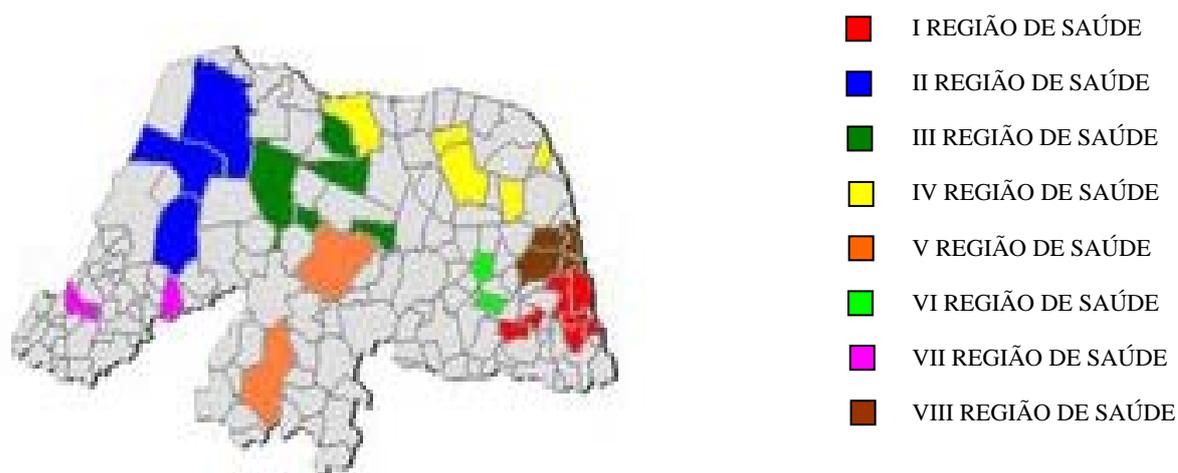


Figura 1 – Mapa de localização dos municípios onde trabalham os sujeitos da pesquisa. Natal-RN, 2009.

4.4 OS SUJEITOS

Analisando-se os arquivos da SUCA constatou-se que doze cursos tiveram aprovação pelo Pólo de Educação Permanente no Estado, onde três destes se enquadraram na perspectiva da temática desta pesquisa.

Os três cursos selecionados foram direcionados aos profissionais que atuam na atenção básica e compõem as equipes da Estratégia de Saúde da Família. São estes: o *Curso de Especialização em Saúde Coletiva*, que teve como unidade responsável o Departamento de Odontologia (DOD) da UFRN, onde participaram 31 alunos, todos cirurgiões-dentistas⁹³; o *Curso de Especialização em Saúde da Família para Equipes da Estratégia da Saúde da Família dos Municípios do Rio Grande do Norte*, subsidiado pelo Departamento de Pediatria e Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (NESC) que contou com 11 cirurgiões-dentistas⁹², e o *Curso de Especialização em Saúde da Família da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte*, através da Faculdade de Enfermagem (FAEM) que teve a participação de 5 cirurgiões-dentistas⁹⁴. Embora nos dois últimos cursos citados, tenha havido a participação de médicos e enfermeiros, trabalhou-se apenas com os cirurgiões-dentistas.

Assim, verificou-se que 47 cirurgiões-dentistas participaram desses cursos, realizados entre o ano de 2005 e 2007 como mostra o quadro 2. Nos três cursos a forma de ingresso se deu através de processo seletivo.

Quadro 2 – Distribuição de cirurgiões-dentistas por curso, Regiões de Saúde e municípios. Natal-RN, 2009.

REGIÃO DE SAÚDE(RS)/MUNICÍPIO		CIRURGIÕES-DENTISTAS DISTRIBUIDOS POR CURSO			
		Curso de Espec. Saúde Coletiva DOD/UFRN	Curso de Espec. em Saúde da Família NESC/UFRN	Curso de Espec. em Saúde da Família FAEM/UERN	TOTAL
I RS	Ares	1	1		2
	Goianinha	2			2
	Lagoa de Pedras		1		1
	Nísia Floresta	1	1		2
	São José de Mipibu	1			1
	Serrinha	1			1
	Tibau do Sul	1			1
II RS	Carnaubais	1			1
	Gov. Dix-S.Rosado	1			1
	Mossoró			5	5
III RS	Assu	1			1
	Afonso Bezerra	1			1
	Fernando Pedroza	1			1
	Itajá	1			1
	Pendências	1			1
IV RS	João Câmara	1			1
	Macau		1		1
	Parazinho	1			1
	Rio do Fogo		1		1
	Taipu	1			1
V RS	Caicó	1			1
	Santana do Matos	1	1		2
VI RS	S. Paulo do Potengi		1		1
	Serra Caiada	1	1		2
VII RS	Pau dos Ferros	1			1
	Patu	1			1
VIII RS	Macaíba	2	1		3
	Natal	5			5
	Parnamirim		1		1
	S. Gonçalo Amarante	2	1		3
TOTAL		31	11	5	47

Ao final da busca dos sujeitos participaram 42 cirurgiões-dentistas, 3 não foram encontrados nos municípios e 2 não devolveram o instrumento de coleta de dados, mostrando uma perda de 10,6 %.

Foi utilizado como critério de inclusão todos os cirurgiões-dentistas que participaram integralmente dos cursos, Coordenadores de Saúde Bucal e/ou representantes das Secretarias de Saúde que atuam nas Coordenarias em nível central, mediante a sua disponibilidade e aceitação para participar como sujeito. Foram excluídos àqueles que não foram encontrados ou não se disponibilizaram a participar da pesquisa não devolvendo o questionário.

4.5 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

Após a identificação dos alunos dos três cursos selecionados, fez-se um contato com as Secretarias Municipais de Saúde de cada município (Anexo 3), para identificar os locais de trabalho destes profissionais, informar os motivos e relevância desse estudo, e se obter autorização por escrito do gestor municipal, para que os profissionais pudessem participar da pesquisa (Anexo 4).

Dáí contactou-se os cirurgiões-dentistas nos seus locais de trabalho, e explicou-se os objetivos da pesquisa, bem como sua importância devido serem escassos os estudos acerca da temática de Educação Permanente em Saúde envolvendo cirurgiões-dentistas.

Nessa ocasião foi solicitada a assinatura de um TCLE (Anexo 2), e entregue os questionários aos profissionais que se habilitaram a participar do estudo.

4.5.1 Instrumento de coleta de dados

Os dados foram coletados através de um questionário semi-estruturado (Anexo 5), As questões fechadas referem-se à caracterização sócio-demográfica dos sujeitos. A fim de preservar a identidade dos participantes, não se exigiu a identificação nominal, sendo apenas solicitado que os mesmos informassem o sexo, a idade, o tempo de formado, o tipo de universidade na qual se formou (pública ou privada) e o município em que exercia a atividade no momento em que foi selecionado para participar do curso, além do vínculo empregatício. Para as questões abertas foram solicitados além da resposta do sim ou não um comentário em

cada pergunta que serviu para a elaboração do material empírico discursivo e estão dispostas em ordem pré-estabelecida.

Segundo Parasuraman⁸⁰, um questionário é tão somente um conjunto de questões, feito para gerar os dados necessários para se atingir os objetivos do projeto. O mesmo autor diz ainda que, essa forma de instrumento de coleta de dados, é muito importante na pesquisa científica, especialmente nas ciências sociais.

Como sugere Bourdieu⁸ a escolha do instrumento não deve ser rígida, mas sim rigorosa, ou seja, o pesquisador não necessita seguir um método só com rigidez, mas qualquer método ou conjunto de métodos que forem utilizados devem ser aplicados com rigor.

Foi realizado um pré-teste do questionário para adequação quanto à clareza e objetividade das perguntas com oito cirurgiões-dentistas dos municípios de Natal, São Gonçalo do Amarante e Macaíba. Esses profissionais foram selecionados intencionalmente, pela facilidade do acesso aos municípios em que trabalham, pois todos se localizam na VIII Região de Saúde – Região da Grande Natal.

4.6 ANÁLISES DOS DADOS

A análise foi realizada usando-se dupla abordagem. Para os dados quantitativos usou-se a estatística descritiva, verificando-se médias, proporções e frequências. Para o entendimento das respostas às questões abertas, nas quais os respondentes expressaram textualmente suas percepções quanto ao conteúdo programático, abordagem metodológica dos cursos e Educação Permanente em Saúde, foram submetidas à análise de conteúdo de Bardin.

Nesta análise, realizou-se a categorização dos três cursos separadamente a fim de identificar possíveis diferenças de entendimento quanto à temática pesquisada. Ficando assim denominados: *Curso de Especialização em Saúde Coletiva* - Curso 1; *Curso de Especialização em Saúde da Família da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte* - Curso 2 e *Curso de Especialização em Saúde da Família para Equipes da Estratégia da Saúde da Família dos Municípios do Rio Grande do Norte* - Curso 3. Para identificação dos sujeitos, conforme preceitos éticos, foram designados pseudônimos numéricos.

A análise de conteúdo, segundo Bardin⁶ tem como intenção inferir conhecimentos sobre o emissor da mensagem ou sobre o seu meio. Assim, procura-se estabelecer uma

correspondência entre as estruturas semânticas ou lingüísticas e as estruturas psicológicas ou sociológicas, como as condutas, ideologias e atitudes dos enunciados. Diz ainda que é um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, obter indicadores quantitativos ou não, que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção das mensagens.

A técnica de análise de conteúdo tem em geral a seguinte sequência de organização:

1. Constituição do *corpus* - que corresponde ao quantitativo das entrevistas realizadas;
2. Unidade de análise – a seleção das unidades de análise a partir da leitura flutuante das respostas abertas dos questionários. As unidades escolhidas para análise foram palavras citadas nas questões abertas do tema em questão;
3. Categorização – onde se deu a codificação e classificação das unidades de análise, através de suas características comuns e aproximadas. A categorização é uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o gênero (analogia), com os critérios previamente definidos. Bardin⁶.
4. Interpretação – buscou-se os significados dos relatos escritos de acordo com os objetivos do estudo.

Para detectar os pontos distintos de cada curso as categorias que emergiram do material empírico foram analisadas separadamente e se encontram dispostas nos quadros a seguir:

Quadro 3 – Apresentação das categorias, descrições e frequências das respostas identificadas durante a análise de conteúdo do Curso 1.

CATEGORIA	DESCRIÇÃO	FREQUÊNCIA
CONTEÚDO PROGRAMÁTICO	• É mais atualizado com melhor metodologia	3
	• Leva em conta, nas discussões o momento atual do SUS	3
	• Voltado para humanização do trabalho, educação em saúde, processo de trabalho e planejamento	3
	• É mais abrangente e direciona para a reflexão das práticas cotidianas	13
	• Programas voltados à saúde da população	1
	• Não prioriza a clínica	1
ABORDAGEM METODOLÓGICA	• Por meio de discussões e reflexões, com atividades, dinâmica, participativa, variada, construtiva e problematizadora	12
	• Com aprofundamento nos conhecimentos científicos mais qualificados	2
	• Mais voltado para vivências cotidianas e aproveita aprendizagens anteriores aproximando teoria/prática	5
	• Acontece através de seminários, jograis e exigindo muito interação entre os alunos	3
EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE	• É uma política vista como uma estratégia de investimento na capacitação, qualificação e desenvolvimento pessoal e profissional dos trabalhadores em saúde	2
	• É a constante aprendizagem dentro do campo de trabalho, através de cursos de capacitação, pós-graduação, oficinas, palestras sobre temas relacionados ao trabalho da saúde	1
	• É uma atividade destinada a profissionais de saúde que vivem a construção de um modelo de saúde	1
	• É um processo contínuo de formação e complementação da formação dos profissionais, através de cursos temporários	1
	• São estratégias de ensino constante que visam contribuir para transformar e qualificar as práticas de saúde dos trabalhadores em saúde para que ocorra a atualização, reciclagem e melhoramento das práticas	5
	• É uma proposta do MS para atualizar os profissionais de saúde de forma mais constante	2

Quadro 4 – Apresentação das categorias, descrições e frequências das respostas identificadas durante a análise de conteúdo do Curso 2.

CATEGORIA	DESCRIÇÃO	FREQUÊNCIA
CONTEÚDO PROGRAMÁTICO	• Mais abrangente com disciplinas diferentes	3
	• Muito voltado para a área de enfermagem	1
ABORDAGEM METODOLÓGICA	• Com textos críticos e mais abrangentes	3
	• Através de aulas participativas	1
	• Mais voltado para vivências cotidianas	3
	• Voltado para a área de enfermagem	2
EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE	• É uma atualização sobre a saúde com o apoio do governo Federal, Estadual e Municipal	1
	• É uma forma de passar mais conhecimentos e motivação para os profissionais	1
	• É a capacitação contínua dos profissionais e da comunidade através de uma constante base de informação	2

Quadro 5 – Apresentação das categorias, descrições e frequências das respostas identificadas durante a análise de conteúdo do Curso 3.

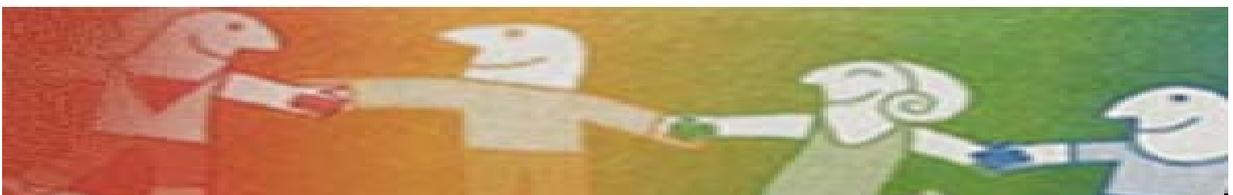
CATEGORIA	DESCRIÇÃO	FREQUÊNCIA
CONTEÚDO PROGRAMÁTICO	• Favorece um conhecimento mais amplo, abrange a área de saúde como um todo	4
	• Mais completo e interativo e inclui o indivíduo social dentro da profissão	3
	• Estimula o pensamento crítico do aluno	2
	• É baseada no cotidiano	2
ABORDAGEM METODOLÓGICA	• É baseada no trabalho em equipe	2
	• Utiliza métodos mais interativos e estimula o pensamento crítico	2
	• Métodos mais específicos para a ESF	1
	• Utilizam dramatizações, exposições orais, discussão de casos, roda de conversa entre outras atividades	1
EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE	• É a capacitação profissional que visa qualificar e transformar o serviço de saúde	3
	• É uma constante busca de aprimoramento e desenvolvimento do saber em saúde	1
	• É um projeto de ação que visa qualificar e organizar melhor os projetos da saúde, melhorando a formação dos profissionais e dos serviços de saúde	1
	• É uma política do MS que visa qualificar as práticas de saúde, melhorar os serviços de saúde	2

A análise final estabelece articulações entre os dados e os referenciais teóricos presentes na pesquisa, respondendo aos objetivos, promovendo assim, "relações entre o concreto e o abstrato, o geral e o particular, a teoria e a prática"⁷².

Há uma pluralidade nas relações do homem com o mundo, na medida em que o homem responde aos desafios deste mesmo mundo, na sua ampla variedade; na medida em que se esgota num tipo padronizado de resposta.

(Paulo Freire)

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO



Conforme explicitado na metodologia, algumas variáveis foram utilizadas, na análise dos dados, como uma forma de caracterizar melhor o perfil dos sujeitos participantes. Pode-se observar na tabela 01 a distribuição dos cirurgiões-dentistas pesquisados de acordo com o sexo, a faixa etária, o tempo de formado, o tipo de universidade em que os profissionais cursaram a graduação, o local de atividade, bem como o vínculo empregatício.

Com o objetivo de tornar mais clara a compreensão dos resultados, estes estão apresentados e discutidos, obedecendo à ordem encontrada no instrumento de coleta de dados. São apresentados, ainda, alguns relatos transcritos integralmente dos questionários, que corroboram e ilustram os resultados encontrados. Contudo, caso haja interesse, é possível identificar, logo abaixo das transcrições das falas o curso em que o cirurgião-dentista participou por ordem numérica.

5.1 CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA DOS SUJEITOS

Tabela 1 – Caracterização sócio-demográfica dos cirurgiões-dentistas participantes da pesquisa. Natal-RN, 2009.

VARIÁVEL	CATEGORIA	n	%
Sexo	Masculino	07	16,7
	Feminino	35	83,3
Faixa etária (anos)	20 — 30	14	33,3
	30 — 40	16	38,1
	40 — 50	09	21,4
	> 50	03	7,2
Tempo de formado (anos)	00 — 05	08	19,0
	05 — 10	18	42,9
	10 — 15	05	12,0
	> 15	11	26,2
Tipo de universidade	Pública	38	90,5
	Particular	04	9,5
Local de atividade	UBSF	37	88,1
	Nível central	05	11,9
Vínculo empregatício	Efetivo	14	33,3
	Contrato provisório	27	64,3
	Outro	01	2,4

FONTE: Pesquisa de campo.

Analisando a tabela 1 observa-se que participaram deste estudo, 42 profissionais, sendo 35 cirurgiões-dentistas do sexo feminino (83,3%) e 7 do sexo masculino (16,7%). A feminilização torna-se uma marca registrada no setor da saúde, bem como na odontologia. A maioria da força de trabalho em saúde nas últimas décadas é feminina, representando hoje mais de 70% de todo contingente.

Quanto à faixa etária dos profissionais participantes, apresentam a idade média de 36,2 anos com idade mínima de 26 anos e máxima de 55 anos. Verificou-se uma predominância de profissionais na faixa etária entre 30 e 40 anos com 38,1%, seguida por profissionais entre 20 e 30 anos (33,3%); de 40 a 50 com 21,4%; e uma menor predominância de profissionais acima de 50 anos com 7,2%.

Com relação ao tempo de formado, observou-se que 19,0 % dos cirurgiões-dentistas têm até 5 anos de formados; 42,9% têm entre 5 e 10 anos; 12,0% estão entre 10 e 15 e 26,2% estão formados há mais 15 anos. Esta variável foi pesquisada para observar possíveis diferenças entre as respostas dos profissionais que se formaram antes de 2001, visto que, nesta época foram aprovadas as novas diretrizes curriculares para os cursos de graduação da área da saúde, as quais visavam à formação de um profissional com uma visão mais abrangente, Costa⁴⁵. Observando as respostas dos questionários, não foi encontrada nenhuma divergência de entendimento quanto à resposta. A maioria dos sujeitos expressaram um entendimento semelhante independente da idade.

Quanto ao tipo de universidade 90,5% concluíram o curso de odontologia em universidades públicas e 9,5% em universidade privada. Este baixo percentual pode ser justificado pelo fato do Estado ter apenas três faculdades de Odontologia, duas públicas e uma particular, sendo que duas destas foram fundadas há menos de dez anos.

O local que exercem as atividades profissionais, 88,1% dos cirurgiões-dentistas pesquisados encontram-se lotados nas Unidades Básicas da Estratégia Saúde da Família, enquanto que 11,9% estão nos níveis centrais das Secretarias Municipais e Estadual de Saúde.

No que se refere ao vínculo empregatício, constatou-se que 33,3% dos entrevistados tem vínculo efetivo, ou seja, passaram por um concurso público; 64,3% responderam que tem contrato provisório denotando a precarização do vínculo na ESF e apenas um respondente (2,4%) relatou outro tipo de vínculo, mas não o especificou.

É relevante analisar o vínculo empregatício, para que possa se comparar algumas peculiaridades nas respostas dos questionários levando em conta este dado. A fragilidade de vinculação fruto de adoção de modalidades alternativas, acaba por gerar um forte grau de precariedade das relações de trabalho⁷⁶.

5.2 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

As categorias sugeridas nas respostas dos questionários foram analisadas a partir das descrições mencionadas textualmente pelos sujeitos desta pesquisa ao responderem o instrumento de coleta de dados. Os resultados estão apresentados a seguir, de forma descritiva acrescidos, ilustradas algumas vezes, das falas dos sujeitos.

5.2.1 O conteúdo programático

Ao analisar os relatos do grupo pesquisado, no que se refere ao conteúdo programático dos três cursos, mesmo não tendo sido questionado a comparação com cursos de pós-graduação que realizaram anteriormente, foi inevitável a comparação por parte dos participantes que a todo momento faziam esta referência.

Como resultado destas respostas percebe-se uma predominância daquelas que relacionam o conteúdo programático trabalhado diretamente com a vivência prática cotidiana. Os cursos com a perspectiva da Educação Permanente devem oferecer elementos para o desenvolvimento da aprendizagem no trabalho em saúde e no enfrentamento de problemas do processo de trabalho, fazendo questionamentos quanto às práticas concretas na atenção, na gestão, no controle social e na formação em saúde³⁰.

Segundo Brasil³⁴ a Educação Permanente pode ser entendida como um processo pedagógico que contribui para o desenvolvimento da ação do sujeito social em torno do cumprimento do direito a saúde e com metodologias participativas, através de processos formais e informais que valorizem as experiências (vivências) das pessoas. Este entendimento foi retratado nas falas dos sujeitos dos Cursos 1 e 3.

“Havia preocupação na construção do aprendizado e a relação nas nossas vivências e práticas cotidianas”.
(Entrevistado 13; Curso 1)

“Um conteúdo que visa trazer as situações rotineiras para dentro da sala de aula e enfatiza bastante a importância do trabalho em equipe”. (Entrevistado 2; Curso 3)

“Os outros cursos desenvolviam ações pontuais, descontínuas e este nos coloca em situações vivenciadas nos municípios e desenvolvem ações a longo prazo”.
(Entrevistado 14; Curso 1)

“Conteúdo voltado para a nossa realidade, o nosso trabalho na prática. Muito bom por ser uma turma só de dentistas podemos trocar experiências. Conteúdo voltado para humanização de trabalho, educação em saúde, processo de trabalho; muito voltado para reflexão prática”.
(Entrevistado 6; Curso 1)

Um entrevistado do Curso 2 declarou que o curso foi mais voltado para área da enfermagem, embora seja pertinente lembrar que este curso foi direcionado para as três categorias: cirurgiões-dentistas, médicos e enfermeiros.

A maioria dos sujeitos pesquisados revela ainda, que os conteúdos programáticos dos cursos em pauta eram bem abrangentes, aprofundados e continham um material didático sobre a humanização de trabalho, educação em saúde, processo de trabalho, planejamento e avaliação, todos voltados para reflexão críticas.

“Trouxe o conhecimento mais amplo das condições de saúde bucal como também o conhecimento em outras áreas / medica / enfermagem”.
(Entrevistado 6; Curso 3)

Nesta perspectiva, Ceccim³⁹ refere que o tema da Educação Permanente em Saúde se diferencia no que se refere a didática empregada, pois não se trata apenas da passagem de um estado de desconhecimento ao de conhecimento, não se trata da melhor e mais eficiente transmissão de saberes, não é uma metodologia pedagógica que se esgota na demonstração pelo aluno da aquisição de informação ou habilidade e sim, tem uma relação com os processos de territorialização e os processos de subjetivação, a que podemos chamar de implicação política e implicação ética, enfim da produção ampla do mundo e produção de si.

Em outras palavras pode-se dizer que na proposta da Educação Permanente, a capacitação da equipe, os conteúdos dos cursos e as tecnologias a serem utilizadas devem ser determinados a partir da observação dos problemas que ocorrem no dia-a-dia do trabalho e

que precisam ser solucionados para que os serviços prestados ganhem qualidade, e os usuários fiquem satisfeitos com a atenção prestada³³.

5.2.2 A abordagem metodológica

Segundo relatório da XIII CNS, nas atividades de Educação Permanente devem-se utilizar metodologias que busquem propiciar a formação de sujeitos por meio do diálogo, da troca de conhecimentos, da ludicidade, da afetividade, da compreensão e significação ativa sobre o cotidiano do trabalho para o atendimento e esclarecimento à população, com ênfase na humanização, promoção da saúde, integralidade e, resolutividade nas temáticas de gênero, violência, dependência química, DST/AIDS, hipertensão/diabete, saúde mental, grupos terapêuticos, auto-cuidado, cidadania e outros. De acordo com os achados deste estudo foi constatado, na maioria dos relatos escritos, que a metodologia utilizada nos cursos tem semelhança com o que esta proposta nesta Conferência.

Todos os processos educativos, assim como suas respectivas metodologias e meios, têm por base uma determinada pedagogia, isto é, uma concepção de como se consegue que as pessoas aprendam o conteúdo repassado e, a partir daí, modifiquem seu comportamento. As opções pedagógicas adotadas por um determinado contexto refletem as ideologias, bem como, os objetivos desse referido contexto. Muitas vezes o interesse central não está precisamente dirigido aos fundamentos epistemológicos da pedagogia e sim aos efeitos de sua aplicação⁷.

As falas dos pesquisados revelam uma abordagem metodológica reflexiva colocando a problematização do cotidiano em foco. A pedagogia da problematização parte da base que, em um mundo de mudanças rápidas, o importante não são os conhecimentos ou idéias nem os comportamentos corretos e fáceis que se espera, mas sim o aumento da capacidade do profissional, inserido no trabalho em saúde como um agente da transformação social, que tenha a capacidade de detectar os problemas reais e buscar para eles soluções originais e criativas^{55, 57}.

Concorda-se com o autor quando menciona a busca criativa com metodologias reflexivas para que se consiga atingir os objetivos propostos pelo processo de EPS. Acredita-se que é preciso acreditar nas boas idéias, nas vivências exitosas, que deram certo em outros espaços de saúde, adequar a realidade local e assim buscar êxito nas propostas de mudanças. Para se alcançar este êxito ao transmitir uma mensagem precisa-se ter habilidade de tomar

como aliados aqueles que se quer atingir, seja os gestores, trabalhadores de saúde, usuários e até mesmo o Ministério Público.

As falas transcritas a seguir corroboram com os relatos da literatura a esse respeito.

“O curso, desde o início, permitiu avaliar a realidade local, social, trabalhando em equipe com ética e qualidade, não somente realizando procedimentos práticos”.
(Entrevistado 04; Curso 1)

“Diversas abordagens metodológicas tais como dramatizações, exposição e discussão de casos, rodas de conversa e outra que estimularam o pensamento crítico”.
(Entrevistado 7; Curso 3)

“Com dinâmicas, participativa, construtiva, reflexiva com problematizações. Essas características, foram muito importantes para a construção e aproveitamento da nossa aprendizagem”.
(Entrevistado 06; Curso 1)

“A metodologia usada neste curso é baseado na construção do conhecimento. Nos faz pensar! Enquanto outros cursos a metodologia era restrita”.
(Entrevistado 10; Curso 1)

“As diferenças marcantes refere-se, sobretudo, quanto ao conteúdo programático, às relações entre a teoria e a prática, e ao longo do curso, todos os professores utilizaram instrumentos metodológicos que proporcionaram esta aproximação”.
(Entrevistado 9; Curso 1)

“Eram aulas bem reflexivas e com uma visão totalmente voltada para a nossa vivência prática, no nosso locais de trabalho, que na época do curso era o PSF”
(Entrevistado 1; Curso 2)

Para Castro³⁶, para ser um bom transmissor de uma mensagem, este deve mostrar os receptores da sua mensagem com narrativas interessantes e/ou curiosas, se espelhando nas vivências anteriores para fortalecer as lições que desejam ensinar.

Contrapondo aos achados desse estudo, Lino⁶² expõe em seu estudo a metodologia adotada pelos serviços de saúde de Florianópolis ocorre, predominantemente, conforme modelo tradicional, visto que as iniciativas são descendentes e padronizadas, legitimando-se enquanto educação continuada e não seguindo as propostas da PNEPS. Apenas alguns sujeitos, no entanto, expressaram um movimento que assinala o processo de transformação metodológica orientado de modo participativo, ascendente e articulado ao contexto em que situa evidentemente com características próprias da compreensão da Educação Permanente em Saúde pela política nacional.

A linha metodológica desenvolvida nas instituições é fruto de uma relação dinâmica e coletiva, que envolve vários aspectos: conhecimento e experiências prévias dos sujeitos responsáveis pelo processo de Educação Permanente; número de trabalhadores envolvidos; filosofia da instituição quanto a liberação de funcionários e incentivos ao processo educativo; entre outros⁶².

Nesse sentido Ceccim e colaboradores⁴⁴ refere que a Educação Permanente em Saúde é uma estética pedagógica para a experiência da problematização e da invenção de problemas. Para o setor de saúde, esta estética é condição para o desenvolvimento de uma inteligência da escuta, do cuidado, do tratamento, isto é, uma produção em ato das aprendizagens relativas a invenção/interferência no andar da vida individual e coletiva e está imbuída de fortes traços de subjetividades.

Nesse sentido pensando a EPS como potencial de transformação, podemos percebê-la como espaço instituinte, com maior participação da equipe dos trabalhadores, ou seja, repensar sua forma de produção no que se refere a EPS e reprodução no que se refere a aplicabilidade prática nos serviços locais de saúde. Enfim, pensar a aplicabilidade da EPS é pensar o criar e o recriar.

Dessa forma, deve-se também levar em conta, os efeitos de subjetivação que irão emergir das atividades de Educação Permanente, das problematizações ao pensar-agir-perceber e da sua interpretação como aprendizagem significativa e inversão de si. Aquele que aprende é pressionado pelas problematizações a reinventar-se, junto aos seus sujeitos coletivos e as suas instituições⁷⁰.

A Abordagem metodológica utilizada nos cursos pesquisados procurou em todos os momentos usar recursos, materiais, audiovisuais, e até instrumentos lúdicos dando ênfase as discussões a partir da realidade local, visto que a Educação Permanente em Saúde é feita a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm. A metodologia apresentada também foi relatada pelos participantes que acontecem de forma participativa e problematizadora. A mudança de percepção, que se dá na problematização de uma realidade concreta, no entrechoque de suas contradições, implica um novo enfrentamento do homem com sua realidade. Implica admirá-la em sua totalidade: vê-la de “dentro” e, desse “interior”, separá-la em duas partes e voltar a admirá-la ganhando assim uma visão mais crítica e profunda da sua situação na realidade que não condiciona^{30,31, 55}.

Apesar de todos os relatos favoráveis, uma participante do Curso 2 revela que era proposto um conteúdo muito extenso para pouco tempo, bem como um conteúdo prático insuficiente, prejudicando assim os objetivos da proposta.

“Havia muitos textos para ler, num espaço não tão suficiente, com muitas informações. Seria bom que houvesse mais conteúdo prático”.
(Entrevistado 4; Curso 2)

Em outro relato de um participante do Curso 2 aparece uma diferenciação de entendimento comparando com a maioria do grupo, pois de acordo com a fala, este profissional almejava um conhecimento compartimentado que envolvesse questões da saúde bucal pelo fato de ter cirurgiões-dentistas participando. No entanto, sabe-se que o profissional inserido na ESF, necessitar ter um conhecimento mais amplo da realidade para que haja o compartilhamento de saberes visto que este é um modelo de atenção abrangente centrado no trabalho em equipe e voltado para uma clínica ampliada.

“Mas com algumas limitações, já que o curso era, mas voltados para enfermeiros, logo não priorizava os conhecimentos sobre saúde bucal.”
(Entrevistado 3; Curso 2)

A reflexão do trabalho cotidiano através da discussão do processo de trabalho também é lembrada por 72% dos participantes da pesquisa, os quais mencionam que nas atividades permeavam como ponto incisivo este tema, pois precisa-se formar profissionais capazes de participar da produção de uma saúde integral para as pessoas e acredita-se que com o EPS tem se conseguido ampliar as possibilidades desses diálogos.

Percebe-se também uma homogeneidade nas respostas neste quesito e ao referir à reflexão do trabalho cotidiano 100% dos cirurgiões-dentistas pesquisados responderam que sim as reflexões instigadas nas atividades propostas levavam geralmente a compreensão da realidade da prática.

Outro fator importante a ser lembrado é o apoio dos gestores em todo e qualquer projeto, pois o que se observa na maioria dos municípios são gestores com uma visão totalmente voltada para os procedimentos curativos sem perceberem a importância dos

processos construídos coletivamente visto como um somatório de forças nos momentos de superação dos problemas enfrentados no cotidiano das Unidades de Saúde.

No contexto do modelo assistencial ora proposto pelo SUS, a ESF, a EPS este deve ser tomada como um instrumento que pode facilitar o compartilhamento de saberes e práticas no interior das unidades e equipes de saúde e, nesse sentido, poderá se constituir uma ferramenta importante na efetivação da PNEPS em nível local.

5.2.3 A Educação Permanente em Saúde conceituada pelos sujeitos

A Educação Permanente em saúde pode ativar processos vivos de transformação, que questionam naturalizados (desnaturalizar a realidade significa revelar o processo de construção de conceito, valores e práticas) e possibilitam movimentos propositivos de mudança ⁷⁰.

Como mostra as falas a seguir, o entendimento dos entrevistados acerca da EPS na grande maioria corrobora com o que se encontra na literatura. A PNEPS é uma proposta de ação estratégica que visa contribuir para transformar e qualificar: a atenção à saúde, a organização das ações e dos serviços, os processos formativos, as práticas de saúde e as práticas pedagógicas que agregação entre desenvolvimento individual e institucional, entre ações e serviços e gestão setorial e entre atenção à saúde e controle social.

“É a constante aprendizagem dentro da nossa área ou campo de trabalho. Pode ser através de cursos de capacitação, pós-graduação, oficinas, palestras sobre temas relacionados ao trabalho. Acredito que precisamos de atualização e aperfeiçoamento dos nossos conhecimentos, aprofundamento, novos conhecimentos”.

(Entrevistado 6; Curso 1)

“Voltado a “todos” os trabalhadores em saúde. É uma ação que o MS busca utilizar para preparar, qualificar e desenvolver as ações de saúde com planejamento e prática de trabalho dinâmico no espaço e no tempo, tanto no nível de gestão, quanto no nível local. Mais que educação permanente, deve ser educação continuada de todos os trabalhadores da saúde para o crescimento de profissionais e fortalecimento das instituições.”

(Entrevistado 6; Curso 3)

Quanto à definição da EPS ficou entendido que os sujeitos vêm como uma atualização dos conhecimentos profissionais devido às necessidades de complementação da formação que mesmo com todas as tentativas de conciliar o ensino- serviço, acredita-se que ainda não se

conseguiu este objetivo, formando uma lacuna a ser preenchida com atividades de EPS no cotidiano do trabalho no âmbito do SUS.

A visão dos sujeitos pesquisados foca a EPS como a formação da política de participação popular e do controle social, nesse sentido concordando com Dantas⁴⁶ que reconhece que o CNS e MS desde a década de 90 vêm somando esforços para que a EPS se tornasse uma realidade no âmbito do controle social da saúde.

Nesse sentido, os achados da sua pesquisa Pinheiro⁸³ cita que a EPS aparece como um discurso com forte conotação social democrata como forma de efetivação da continuidade da Reforma Sanitária, com ênfase para o fortalecimento do SUS e aponta como forma de avançar em busca de uma atenção à saúde universal, integral, equitativa e de melhor qualidade como de inquestionável interesse para o conjunto da população. Como parte da estratégia a ser adotada, se propõe a inclusão dos diversos atores sociais como sujeitos das práticas setoriais, com efetiva participação nas discussões e deliberações não apenas relativas à formação profissional, mas também à organização e gestão da atenção em seus diversos níveis.

No entanto, a formalização desta política como institucional voltada a todos esses segmentos ainda está longe da realidade da necessidade dessas formações nos serviços.

São poucos os processos de EP oferecidos se contrapondo com a grande necessidade dessas oportunidades nos serviços. Acredita-se que os profissionais estão preocupados em adquirir novos conhecimentos em vistas as mudanças das práticas. Mas como as oportunidades para participarem ainda são restritas, o que se vê é a procura por pós-graduações por iniciativas próprias favorecendo assim mais frequentemente o segmento dos trabalhadores de saúde de nível superior.

Contudo, concorda-se com os resultados da pesquisa de Lino⁶² quando faz referência que os profissionais de nível superior, buscam com mais frequência iniciativas de Educação Permanente denotando mais a questão pessoal do que a coletiva. Acredita-se que para haver ações efetivas de mudanças nos ambientes de trabalho, os processos de EPS devam ser direcionados a todos os componentes do quadrilátero (trabalhadores de saúde, gestores, usuários em parceria com as instituições formadoras), para que haja um entendimento único das políticas de saúde bem como das diretrizes dos projetos e programas proposto pelo SUS.

As falas a seguir contextualizam essas características da participação popular nos processos de EPS

“É uma estratégia de transformação da atenção em saúde, das práticas de transformação, de formulação de políticas, da participação popular e de controle social no setor saúde. Ela se baseia na aprendizagem significativa”.

(Entrevistado 7; Curso 1)

“É a capacitação contínua dos profissionais e da comunidade com conteúdos que possam ser aplicados de forma simples e útil no dia a dia do serviço das pessoas.”

(Entrevistado 5; Curso 2)

Dessa forma, acrescenta-se que pensar a EPS como desenvolvimento do trabalho cotidiano, voltado para este modelo assistencial centrado no cuidado e voltado para a comunidade, necessita de uma ação de EPS sistemática que envolva todos os segmentos da sociedade providenciando-se em primeiro lugar a redefinição do papel da equipe. Para isso, faz-se necessário a adoção de abordagem dialética, envolvente e significativa para todos os participantes sintam-se parte essencial do processo.

Concorda-se com Merhy⁷¹ e avalia-se que na EPS não haverá o norte previamente definido, mas a ativa circulação do aprender a aprender com experimentação e compartilhamento de problematização e práticas de pensamento em ato, desnaturando valores, exposição à alteridade, com vistas às re-criação do e reconstituição de novas práticas no compartilhamento mútuo dos saberes.

As falas abaixo expressam esta idéia:

“Transformação do modelo de atenção; formação de um profissional mais crítico; aumentar a capacidade do profissional trabalhar em equipe e levar em conta a realidade social”.

(Entrevistado 4; Curso 1)

“Manter o profissional atualizado e coerente com as mudanças ocorridas no sistema de saúde tornando-o mais responsável e reflexivo quanto suas práticas dentro do sistema de saúde”

(Entrevistado 5; Curso 1)

A EPS, enquanto parte do processo de trabalho e enquanto instrumento, é considerada uma ação interdisciplinar, onde se fazem presentes determinações de ordem técnica, mas principalmente política, sendo necessária, dentro desta perspectiva, uma compreensão da dinâmica das relações político-econômico-sociais presentes nas organizações dos serviços de saúde e da dada comunidade.

Paschoal⁸¹ em sua pesquisa encontrou que o enfermeiro entende a Educação Permanente como capacidade que envolve o ser humano, direcionando-o para sua formação

como sujeito, como profissional, no desenvolvimento das ações gerenciais, assistenciais e educativas. Estes resultados são consoantes com a opinião da maioria dos participantes deste estudo que tem o entendimento de Educação Permanente como subsídio para o crescimento profissional, objetivando a melhoria do processo de trabalho, por meio da busca pessoal por conhecimento e determinando o aprimoramento pessoal, para suprir as necessidades do trabalho e as exigências do avanço tecnológico no mercado de trabalho.

Ao referir o entendimento acerca da EPS Lino⁶² encontrou na sua pesquisa que alguns sujeitos demonstraram uma visão mais ampliada, pois consideram que a EPS desperta a consciência política e ética dos profissionais, abrangendo também a dimensão de treinamentos, utilizações no serviço, orientação introdutória de funcionários, bem como a participação em congressos, seminários e cursos de pós-graduação.

Sobre o conceito de EPS, existe duplo entendimento dos sujeitos pesquisados. Acrescenta-se que é um processo contínuo que busca adequar o conhecimento científico dos profissionais de saúde à realidade da população, gerando um sistema de troca de saberes, no qual a articulação dos diferentes segmentos da sociedade possibilita a reflexão e o estudo sobre as práticas educativas, sociais e de saúde. No confronto de tais práticas sistematizadas, encontram-se informações e interpretações diferentes, que permitem a transformação de problemas individuais de saúde, em problemas coletivos enfrentados com discussões problematizadoras visando sempre o aperfeiçoamento das práticas em busca da melhoria da atenção a saúde.

Com o intuito de responder aos objetivos propostos deste estudo pode-se observar na figura 2 uma contextualização do pensamento do grupo como um todo.

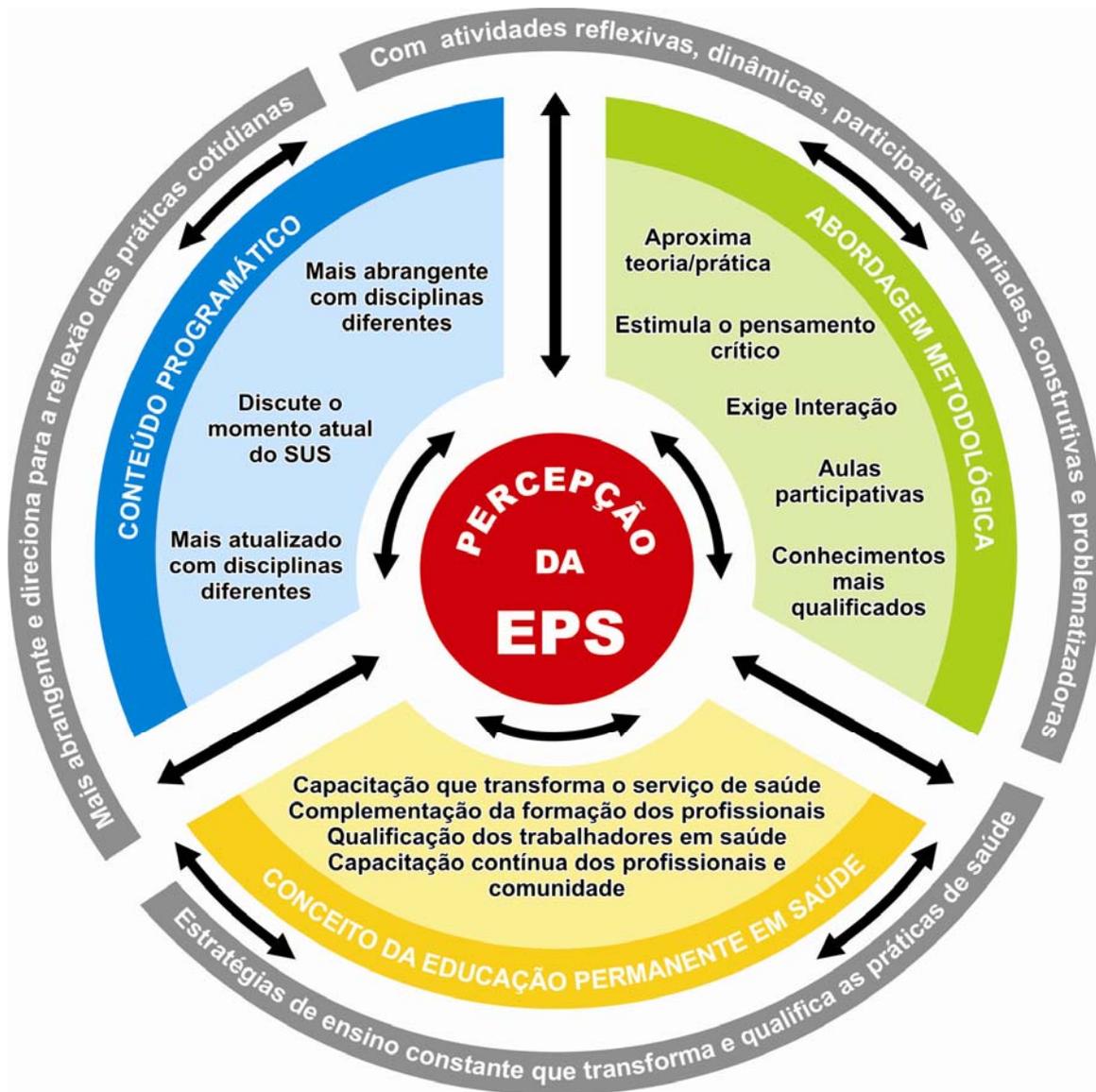


Figura 2 – Contextualização da percepção de cirurgiões-dentistas participantes acerca da Educação Permanente em saúde através dos cursos 1, 2 e 3. Natal-RN, 2009.

FONTE: Figura adaptada de Brasil³²

*Vivemos um tempo de contínuas mudanças, que
hoje nada mais é permanente. Daí temos que
objetivar a importância da educação como
um processo de desenvolvimento,
não apenas integral e cognitivo,
mas sim integral
do ser humano.*

(Paulo Freire)

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS



Baseado na análise dos resultados encontrados e em função dos objetivos previamente estabelecidos neste estudo, conclui-se que:

Ocorre uma consonância no entendimento acerca dos conteúdos programáticos dos cursos, de acordo com o discurso apresentado pela maioria dos cirurgiões-dentistas, os conteúdos programáticos destes cursos são mais atualizados e com melhor metodologia. Leva em conta nas discussões o momento atual do SUS, é voltado para humanização do trabalho, educação em saúde, discute processo de trabalho e planejamento. Relataram ainda, que é mais abrangente e direciona para a reflexão das práticas cotidianas.

A abordagem metodológica utilizada também foi diferenciada, visto que, as discussões giraram em torno da realidade local vivenciada no cotidiano do trabalho, e utilizaram condutas participativas aproveitando aprendizagens anteriores que aproximam teoria e prática. Referem também, que ocorre por meio de atividades reflexivas, dinâmicas, variadas e construtivas, colocando a problematização como foco principal.

Quanto à concepção do conceito de Educação Permanente em Saúde, identificam como uma estratégia de ensino constante que visa contribuir para melhorar, transformar e qualificar as práticas dos trabalhadores em saúde, o que ocorre através de atualizações e procuram formar um profissional mais crítico que busque aumentar a capacidade de trabalhar em equipe, levando em consideração a realidade social em que está inserido. Na maioria das falas ficou evidente também, que entenderam as propostas dos cursos como uma estratégia de formulação de uma política do Ministério da Saúde, que deve envolver a participação popular através do controle social e traga uma abordagem reflexiva, utilizando aprendizagem significativa como acumulação e renovação de experiências no setor saúde.

Assim, a percepção dos cirurgiões-dentistas acerca da Educação Permanente em Saúde é consonante com os princípios, diretrizes e conceitos propostos na literatura. Dessa forma, há necessidade de promover efetivas oportunidades de ensino-serviço, fundamentadas na conscientização do valor da EPS como meio de crescimento dos profissionais da saúde, incluindo os cirurgiões-dentistas, bem como o envolvimento de todos os atores sociais.

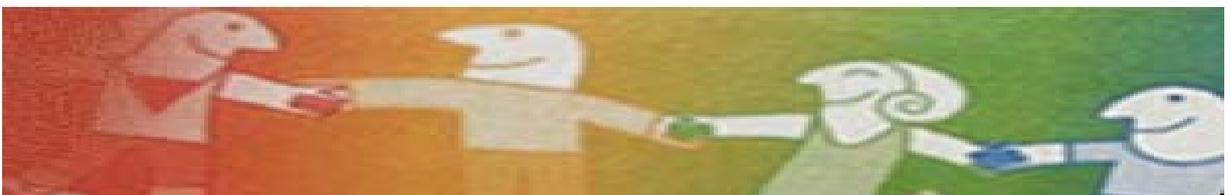
Finalmente, esta pesquisa revelou que os cirurgiões-dentistas entendem que a EPS é uma política que veio para ficar, que é preciso dar continuidade as ações da PNEPS nos municípios, seguindo suas diretrizes com vistas à transformação das práticas. Portanto, é pertinente lembrar que as propostas da PNEPS que envolvam a gestão do trabalho em saúde devem ser divulgadas e/ou dirigidas para todos os segmentos da sociedade, como os trabalhadores de saúde, gestores,

comunidades (através do controle social), bem como haja a integração ensino-serviço, para que assim se consiga inferir um processo de mudança coletiva com vistas à melhoria da qualidade de vida dos usuários do SUS. Nessa perspectiva, é importante ressaltar que a adoção da EPS, ocorra, de fato, como política, seja um dos instrumentos estratégicos implementados para a consolidação do SUS, fortalecendo a qualificação de todos os segmentos da população e que venha a favorecer um serviço de saúde mais participativo, efetivo, equânime e de melhor qualidade.

*A mudança não é trabalho exclusivo de alguns
homens, mas dos homens que a escolhem.*

(Paulo Freire)

REFERÊNCIAS



1. Abrasco. Educação popular e saúde: proposta para a formação de um grupo de trabalho da abrasco. [Serial on line] [capturado 2009 fev 5]; Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/grupos/arquivos/20070516222553.doc>
2. Almeida M, Feuerwerker LCM, Lhanos CM, organizadores. A educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança. São Paulo: Hucitec; 1999.
3. Barbosa AAA, Guedes MCJM. Estratégias de capacitação para melhorar o processo de trabalho: O caso do PSF de São Gonçalo do Amarante/RN; Natal: EDUFRN; No prelo 2004.
4. Barbosa AAA, Brito EWG, Costa ICC. Saúde Bucal no PSF da inclusão ao momento atual: percepções de cirurgiões dentistas e auxiliares no contexto de um município. Cienc. Odontol Brás 2007; 10 (3): 53-60.
5. Barbosa, AAA. Reuniões da Comissão de Integração Ensino-Serviço. Natal, 2008. Notas das reuniões ocorridas no Centro de Formação de Pessoal.
6. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1979.
7. Bordenave JED. Alguns fatores pedagógicos. [Serial on line] 2003 [capturado 2009 fev 15]; Disponível em: www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos_apoio/pub04U2T5.pdf
8. Bourdieu Pierre. A Dominação Masculina. Tradução Maria Helena Kühner. Rio de Janeiro: Bertrand; 1999.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Conferência Nacional de Saúde, 1. [Serial on line] 1941 [capturado 2008 dez 30]; Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_1.pdf
10. Brasil. Ministério da Saúde. Conferência Nacional de Saúde, 3. [Serial on line] 1963 [capturado 2008 dez 30]; Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_3.pdf
11. Brasil. Ministério da Saúde. Conferência Nacional de Saúde, 5. [Serial on line] 1977 [capturado 2009 jan 5]; Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_5.pdf
12. Brasil. Ministério da Saúde. Conferência Nacional de Saúde, 7. [Serial on line] 1980 [capturado 2009 jan 8]; Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_7.pdf
13. Brasil. Ministério da Saúde. Conferência Nacional de Saúde, 8. [Serial on line] 1986 [capturado 2009 jan 5]; Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf
14. Brasil. Ministério da Saúde. Conferência Nacional de Saúde, 10. [Serial on line] 1986 [capturado 2008 dez 15]; Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_10.pdf
15. Brasil. Ministério da Saúde. Conferência Nacional de Saúde, 11. [Serial on line] 1986 [capturado 2008 dez 15]; Disponível em:

http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_11.pdf

16. Brasil. Ministério da Saúde. Conferência Nacional de Saúde, 12. [Serial on line] 1986 [capturado 2008 dez 15]; Disponível em:
http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_12.pdf

17. Brasil. Ministério da Saúde. Conferência Nacional de Saúde, 13. [Serial on line] 2008 [capturado 2009 jan 8]; Disponível em:
http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_13.pdf

18. Brasil. Ministério da Saúde. Conferencia Nacional de Saúde Bucal, 1. [Serial on line] 1986 [capturado 2008 dez 15]; Disponível em:
<http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorioIconferencianacionaldesaudebnuca1.doc>

19. Brasil. Ministério da Saúde. Comissão Nacional da Reforma Sanitária, documento III. A questão dos recursos humanos e a reforma sanitária. Brasília: Ministério da Saúde; 1987.

20. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal; 1988.

21. Brasil. Decreto-Lei n. 8.080 de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal; 1990.

22. Brasil. Ministério da Saúde. A questão dos recursos humanos nas conferências nacionais de saúde (1941-1992). Brasília: Ministério da Saúde; 1993. (Cadernos de recursos humanos em saúde).

23. Brasil. Ministério da Saúde. Conferencia Nacional de Saúde Bucal, 2. [Serial on line] 1993 [capturado 2008 dez 15]; Disponível em:
http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/2_conf_saudebucal.doc

24. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH/SUS) [Serial on line] 2003 [capturado 2008 dez 13]; Disponível em: http://www.conselho.saude.gov.br/legislações/3nob_sus.htm

25. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Decreto-Lei n. 4.726. [Serial on line] 2003 [capturado 2008 nov 26]; Disponível em:
http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id_area=382

26. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.198/GM, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

27. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em

- saúde. [Serial on line] 2004 [capturado 2008 nov 13]; Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica2_vpdf.pdf 19.10.
28. Brasil. Ministério da Saúde. Conferencia Nacional de Saúde Bucal, 3. [Serial on line] 2004 [capturado 2008 dez 18]; Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/saude_bucal.pdf
29. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Bucal. [Serial on line] 2004 [capturado 2008 dez 15]; Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.pdf
30. Brasil. Ministério da Saúde. Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem trabalho e relações na produção do cuidado. Rio de Janeiro: EAD/ENSP FIOCRUZ; 2005.
31. Brasil. Ministério da Saúde. Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem análise do contexto da gestão e das práticas de saúde. Rio de Janeiro: EAD/ENSP FIOCRUZ; 2005.
32. Brasil. Ministério da Saúde. Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde: orientações para o curso. Rio de Janeiro: EAD/ENSP FIOCRUZ; 2005.
33. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. A educação permanente em saúde. In: A educação permanente entra na roda: pólos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. p. 12-14.
34. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.996/GM, 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. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
35. Campos FE. A desprecarização é urgente. *Radis* 2006; 46: 10.
36. Castro, CM. Educar é contar histórias. *Veja* 2009; 42(23): 30.
37. Ceccim RB, Armani T, Rocha C. O que dizem a legislação e o controle social em saúde sobre formação de recursos humanos e o papel dos gestores públicos no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva* 2002; 7(2): 373-383.
38. Ceccim RB, Rocha CR, Dockorn D. Política de ensino odontológico para a saúde coletiva: compromissos de uma escola de saúde pública com a gestão do SUS - o caso da ESP/RS. *Bol Saúde* 2002; 16(1): 165-167.
39. Ceccim, RB. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. *Cad Saúde Pública* 2004; 20(5): 140-141.
40. Ceccim RB, Bilibio LFS . Articulação com o segmento estudantil da área da saúde: uma estratégia de inovação na formação de recursos humanos para o SUS. In: Ceccim RB, Rocha CMF, Bilibio, LFS, Feuerwerker LCM, organizadores. Brasília: Ministério da Saúde; 2004, p. 06-29. (cadernos de textos - Ver-SUS Brasil)

41. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* 2004; 14(1): 41-65.
42. Ceccim RB. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* 2005; 10(4) p. 975-986.
43. Ceccim RB. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface Comun Saúde Educ* 2005; 9(16): 161-177
44. Ceccim RB, Armani TB, Oliveira DLLC, Bilibio LFS, Moraes M, Santos NMD. Imaginários da formação em saúde no Brasil e os horizontes da regulação em saúde suplementar. *Ciênc Saúde Coletiva* 2008; 13(5): 1567-1578.
45. Costa ICC. Planejamento das ações de saúde. In: Oliveira AGRC, Ferreira MA, Lima KC, organizadores. *Saúde bucal coletiva: conhecer para atuar*. Natal: EDUFRN; 2004. p. 289-302.
46. Dantas, MLRD. Educação em saúde e controle social: em busca da definição de conceitos. *Mimiografado*. 2006.
47. Davini MC. Practicas laborales en los servicios de salud: las condiciones Del aprendizaje. In: Haddad Q J, Roschke MAC, Davini MC. *Educación permanente de personal de salud*. Washington: Organizacion Panamericana de la Salud; 1994. p.109-26. (OPS. Serie Desarrollo de Recursos Humanos, 100).
48. Demo P. Desafios modernos da educação. Petrópolis, RJ: Vozes; 1998.
49. Dominguez BC. A desprecarização é urgente. *Radis* 2006; 46: 8.
50. Ferreira VCP. Adestramento x Educação Continuada: de Pedro Pedreiro ao homem parentético. In: XVII ENANGRAD; 2006 ago 27 a 30; São Luis. São Luis; 2006.
51. Feuerwerker LCM, Sena R. A construção de novos modelos acadêmicos de atenção a saúde e de participação social. In: Almeida M, Feuerwerker, LCM, Lhanos, CM, organizadores. *A educação dos profissionais de saúde na américa latina: teoria e prática de um movimento de mudança*. São Paulo: Hucitec; Buenos Aires: Lugar Editorial; Londrina: Ed. UEL; 1999. p. 47-82. (Tomo 1 – um olhar crítico)
52. Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* 2004; 14(1): 41-65.
53. Feuerwerker, LCM. Educação na saúde: educação dos profissionais de saúde: um campo de saber e de práticas sociais em construção. *Rev Bras Educ Méd* 2007; 31(1): 3-4.
54. Franz MS. Concepções Integralidade no Processo de Trabalho em Saúde pelos participantes de um Pólo de Educação Permanente em Saúde. In: Seminário Nacional de Promoção da Saúde. Encontro de Pesquisa em saúde, 3. Encontro da rede Sul de Pesquisa em Família e saúde, 10. 2006, Itajaí. itajaí: Univali; 2006.
55. Freire P. Educação e mudança. Tradução de Moacir Gadotti e Lillian Lopes Martins. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1979. Coleção Educação e Comunicação.

56. Freire P. *Pedagogia do oprimido*. 17^a ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1987.
57. Freire P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra; 1996.
58. Furter P. *Educação e vida: uma contribuição à definição de educação permanente*. Petrópolis: Vozes; 1966.
59. IBGE [serial on line] 2007 [Acesso em: 2009 jan 13]; [Disponível em <http://www.ibge.gov.br>]
60. Jaeger ML, Ceccim RB, Machado MH. Gestão do trabalho e da educação. *Rev Bras Saúde Fam* 2004; p. 86-103. (Edição especial).
61. L'abbate S. Comunicação e educação: uma prática de saúde. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. *Agir em Saúde: Um Desafio para o Público*. São Paulo: Editora Hucitec; Buenos Aires: Lugar Editorial; 1997. p. 267-292.
62. Lino MM, Backes VMS, Ferraz F, Prado ML, Fernandes GFM, Silva LAA, et al. Educação permanente dos serviços públicos de saúde de Florianópolis, Santa Catarina. *Trab Educ Saúde* 2009; 7(1): 115-136.
63. Luz, MT. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de “transição democrática” – anos 80. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* 1991; 1(1): 77-96.
64. Luz, MT. As conferências nacionais de saúde e as políticas de saúde da década de 80. In: Tavares R, Guimarães R. *Saúde e sociedade no Brasil, anos 80*. Rio de Janeiro: Relume Dumará/IMS-UERJ; 1994. p. 131-152.
65. Machado JLM, Caldas Júnior AL, Bortoncello NMF. Uma nova iniciativa na formação dos profissionais de saúde. *Interface Comunic Saúde Educ* 1997; 1(1): 147-156.
66. Machado MH, Campos FE, Pierantoni CR. Conferências de Saúde, o trabalho e o trabalhador da saúde: a expectativa do debate. *Cad RH Saúde* 2006; 3(1): 9-12.
67. Machado MH. Os trabalhadores da saúde e sua trajetória na reforma sanitária. In: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. *Curso de negociação do trabalho no SUS*. Rio de Janeiro: EAD/ENSP; 2008. p. 70-86.
68. Machado MH, Arouca R, Rêgo, STA. O Papel da Escola na Educação Moral de Estudantes de Odontologia. *Rev Bras Odontol* 2008; 65(2): 211-215.
69. Merhy EE. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecnoassistencial em defesa da vida. In: Cecílio LCO, organizador. *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: Hucitec; 1994. p. 117-160.
70. Merhy EE. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. *Interface Comun Saúde Educ* 2005; 9(16): 172-174.

71. Merhy EE, Feuerwerker LCM, Ceccim RB. Educación permanente em salud: uma estratégia para intervir em la micropolítica del trabajo em salud. *Salud Colect* 2006; 2(2): 147-60.
72. Minayo MCS, organizador. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes; 1994.
73. Minayo MCS, organizador. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 17ª ed. Petrópolis: Vozes; 2000.
74. Monte P. 3ª Conferência nacional de gestão do trabalho e da educação na saúde [serial on line] 2009 [capturado 2009 fev 15]; Disponível em: http://www.cpqam.fiocruz.br/observarh/noticias/3a_conferencia_gestao.html
75. Morin E. *Os sete saberes necessários à educação do futuro*. São Paulo: UNESCO/Cortez; 2002.
76. Moysés N, O'Dwyer GC. Relações trabalhistas no SUS. In: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. *Curso de negociação do trabalho no SUS: caderno de textos*. Rio de Janeiro: EAD/ENSP; 2008. p. 89-97.
77. Nunes TCM. A valorização do 'instituinte' na construção do modelo de escola nacional: Ensp de 1970 a 1989. In: Lima NT, Fonseca CMO, Santos PRE, organizadores. *Uma escola para a saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2004. p. 167-202.
78. Oliveira O. Uma nova concepção jurídica das relações de trabalho em saúde. In: Castro JL, Santana JP, organizadores. *Negociação coletiva do trabalho em saúde*. Brasília: OPAS/OMS; Natal: UFRN/NESC; 1998. p. 71-89.
79. Paim JS. *Saúde: política e reforma sanitária*. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva/Centro de Estudo e Projeto em Saúde; 2002.
80. Parasuraman A. *Marketing research*. 2ª ed. [S.l.]: Addison Wesley Publishing Company; 1991.
81. Paschoal, AS. *O discurso do enfermeiro sobre educação permanente no grupo focal [dissertação]*. Curitiba: Universidade Federal do Paraná; 2004.
82. Peduzzi M. A importância da educação permanente como competência e habilidade para profissionais da área de saúde [Serial on line] 2008 [capturado 2008 nov 21]; Disponível em: <http://www.puccamp.br/rep/pos-lato/eventos/arq1.pdf>.
83. Pinheiro VS. *Entre a hegemonia e a polissemia: a política de educação e desenvolvimento para o SUS no contexto do Brasil contemporâneo [tese]*. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2008.
84. Ribeiro ECO, Motta JI. Educação permanente como estratégia de reorganização dos serviços de saúde. *Divulg Saúde debate* 1996; 12: 24-30.
85. Rovere MR. *Gestión estratégica de la educación permanente en salud in*

- Educación Permanente de personal de salud. EUA: Organización Panamericana de la salud; 1994. (Serie Desarrollo de recursos humanos, 100).
86. Sayd JD, Vieira Júnior L, Velandia ICV. Recursos humanos em saúde nas conferências nacionais de saúde (1941-1992). *Physis: Revista de Saúde Coletiva* 1998; 8(2): 165-195.
87. Sena RS, Leite JC, Silva KL, Costa FM. Projeto uni: cenário de aprender, pensar e construir a interdisciplinaridade na prática pedagógica da Enfermagem. *Interface Comunic Saúde Educ* 2003; 7(13): 79-90.
88. Silva EVM, Inojosa RM, Andriolo M, Meneses MHB. Núcleo de gestão do trabalho e da educação na saúde. 2ª ed. Brasília: Ministério da Educação; 2006.
89. Silva EVM, Oliveira MS, Silva SF, Lima VV. A Formação de profissionais de saúde em sintonia com o SUS: currículo integrado e interdisciplinar. Brasília: CONASS; 2008. 28 p.
90. Stotz EN. A educação popular nos movimentos sociais da saúde: uma análise de experiências nas décadas de 1970 e 1980. *Trab Educ Saúde* 2005; 3(1): 9-30.
91. Testa M. Pensamento estratégico e lógica de programação. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro; 1995.
92. Universidade do Estado do Rio Grande do Norte. Faculdade de Enfermagem. Projeto para curso de especialização em saúde da família. Mimiografado. 2005.
93. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Departamento de Odontologia. Projeto do pólo de educação permanente em saúde para o SUS/RN. Mimiografado. 2005.
94. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Departamento de Pediatria. Núcleo de estudos em saúde coletiva. Projeto do V curso de especialização em saúde da família para equipes da ESF nos municípios do RN turma I. Mimiografado. 2005.
95. Wesphal MF, Almeida ES. Gestão de serviços de saúde: descentralização municipalização do SUS. São Paulo: USP; 2001.

*É pensando criticamente a prática de hoje
ou de ontem que se pode melhorar a
próxima prática.*

(Paulo Freire)

ANEXOS



ANEXO 1 – APROVAÇÃO DA PESQUISA PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



MINISTÉRIO DE EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE – UFRN
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP

PARECER Nº 275/2008
(Final)

Prof. nº	101/08
CAAE	0115.0.051.000-08
Projeto de Pesquisa:	A educação permanente em saúde como estratégia de transformação de práticas em saúde bucal coletiva
Área de Conhecimento	Ciências da Saúde – Odontologia – Grupo III
Pesquisador Responsável	Aldenizia Alves de Albuquerque Barbosa
Instituição Onde Será Realizado	Departamento de Odontologia- UFRN
Instituição Sediadora	Secretarias Municipais de Saúde de: São Gonçalo do Amarante; São José de Mipibú; Goianinha, Macaíba e Natal.
Nível de Abrangência do Projeto de Pesquisa	Obtenção do grau de mestre
Período de realização	Início: outubro de 2008 - Término: abril de 2009
Revisão Ética em	07 de novembro de 2008

RELATO

Considerando que as pendências expostas por este Comitê, embora atendidas, deixou de cumprir algumas recomendações, que não constituem impeditivos éticos para que a pesquisa seja realizada, este Comitê enquadra o protocolo de pesquisa em pauta na categoria de APROVADO COM RECOMENDAÇÃO.

Recomendamos ao pesquisador responsável excluir do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), a solicitação de Rg, CPF e endereço do participante da pesquisa, considerando que isto não é exigência ou requisitos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde – CNS.

O mesmo procedimento deve ser tomado em relação ao pesquisador responsável.

Entregar neste Comitê um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) com o cumprimento da recomendação sugerida no prazo de 5(cinco) dias úteis.

Orientações ao Pesquisador: em conformidade com a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) através do Manual Operacional para Comitês de Ética em Pesquisa (Brasília, 2002) e Resol. 196/96 – CNS o pesquisador responsável deve:

1. entregar ao sujeito da pesquisa uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), na íntegra, por ele assinada (Resol. 196/96 – CNS – item IV.2d);
2. desenvolver a pesquisa conforme foi delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após a análise das razões da descontinuidade pelo CEP/UFRN (Resol. 196/96 – CNS – item III.3z);
3. apresentar ao CEP/UFRN eventuais emendas ou extensões ao protocolo original, com justificativa (Manual Operacional para Comitês de Ética em Pesquisa – CONEP – Brasília – 2002 – p.41);
4. apresentar ao CEP/UFRN relatório final (após conclusão da pesquisa) Manual Operacional para Comitês de Ética em Pesquisa - CONEP – Brasília – 2002 – p.65);

Os formulários para os Relatórios Parciais e Final estão disponíveis na página do CEP/UFRN (www.etica.ufrn.br).

Natal, 13 de novembro de 2008.


Dulce Almeida

COORDENADORA DO CEP/UFRN

ANEXO 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
ODONTOLOGIA



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Voluntário nº () Iniciais do voluntário ()

1. ESCLARECIMENTOS

Este é um convite para você participar da pesquisa “**A Educação Permanente em Saúde na ótica dos cirurgiões-dentistas**”, que é coordenada pela Professora Doutora Iris do Céu Clara Costa.

Sua participação é voluntária, o que significa que você poderá desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento, sem que isso lhe traga nenhum prejuízo ou penalidade.

Essa pesquisa procura Investigar a percepção dos Cirurgiões-Dentistas acerca da Educação Permanente em Saúde; Descreverá o perfil dos Cirurgiões-Dentista que fizeram parte da construção deste estudo; Analisar as práticas em saúde bucal no âmbito das Unidades de Saúde em que estão inseridos após vivenciarem um processo de Educação Permanente em Saúde. Os resultados deste estudo possivelmente terão relevante importância e poderão contribuir para subsidiar as Secretarias Municipais de Saúde, no sentido de repensarem suas práticas e vislumbrarem possibilidades reais de implementarem projetos que envolvam seus atores institucionais com a Educação Permanente em Saúde.

Caso decida aceitar o convite, você deverá responder a uma entrevista correspondente aos objetivos do estudo.

- Utilizar-se-á como instrumento de coleta de dados um roteiro de entrevista, com questões que nortearão o desenvolvimento da pesquisa, relacionado à prática da Educação Permanente em Saúde.
- Estas serão individuais e servirão como recurso para a obtenção de material empírico discursivo.

O risco com a participação é mínimo, visto que, constará apenas de entrevistas no seu local de trabalho.

Se você tiver alguma despesa devido sua participação na pesquisa, você será ressarcido, caso solicite.

Em qualquer momento, se você sofrer algum dano comprovadamente decorrente desta pesquisa, você terá direito a indenização.

Todas as informações obtidas serão sigilosas e seu nome não será identificado em nenhum momento. Os dados serão guardados em local seguro e a divulgação dos resultados será feita de forma a não identificar os voluntários.

Você ficará com uma cópia deste Termo e toda a dúvida que você tiver a respeito desta pesquisa, poderá perguntar diretamente para pesquisadora responsável **Aldenisia Alves Albuquerque Barbosa**, no endereço Av. Senador Salgado Filho, 1787, Programa de Pós-Graduação em Odontologia – DOD – UFRN ou através do e-mail aldenisiaalbarbosa@ig.com.br, ou ainda pelo telefone (84)3215-4114.

Dúvidas a respeito da ética dessa pesquisa poderão ser questionadas ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFRN no endereço Praça do Campus, Campus Universitário, CP 1666, Natal, 59.078-970, Brasil ou pelo telefone 3215-4133.

2. CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Declaro que compreendi os objetivos desta pesquisa, como ela será realizada, os riscos e benefícios envolvidos e concordo em participar voluntariamente da pesquisa “**A Educação Permanente em Saúde na ótica dos cirurgiões-dentistas**”

Natal, _____ de _____ de 200__

Participante da Pesquisa

Nome: _____

Assinatura _____

RG nº CPF nº _____

Endereço: _____

Pesquisador Responsável:

Nome: _____

Assinatura _____

Endereço Profissional: _____

Telefone: _____

Comitê de Ética em Pesquisa

Praça do Campus, Campus Universitário, CP 1666, Natal, 59.078-970, Brasil, e-mail:
cepufn@reitoria.ufrn.br; telefone: +55-84-3215-3135,
Página na Internet: www.etica.ufrn.br

ANEXO 3 – OFÍCIO AOS SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE DOS MUNICÍPIOS SELECIONADOS, SOLICITANDO AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

Av. Senador Salgado Filho 1787 - Lagoa Nova

59056-000 - Natal - RN - Brasil

Telefones para Contato:

55-84-3215-4133

Site: <http://www.pgops.dod.ufrn.br>



SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA

Sra(a) Secretário(a),

O Centro de Ciências da Saúde da UFRN conta com o Programa de Pós-Graduação em Odontologia, assim sendo, como Mestranda deste Programa, eu, **Aldenísia Alves Albuquerque Barbosa**, Orientada pela **Profa. Pós-Dra. Iris do Céu Clara Costa**, estamos desenvolvendo uma pesquisa intitulada “**A Educação Permanente em Saúde na ótica dos cirurgiões-dentistas**”. Esta pesquisa tem como objetivo: **Investigar a percepção dos cirurgiões-dentistas acerca da Educação Permanente em Saúde**. Onde os sujeitos pesquisados serão os cirurgiões-dentistas que participaram de Cursos de Especialização oferecidos pelo Ministério da Saúde seguindo a proposta da Educação Permanente em Saúde. E, constatamos que no seu município encontra(m)-se um/uns desse(s) profissionais. Ressaltamos a importância deste estudo, que visa investigar também a aplicabilidade prática dos conteúdos estudados nas Unidades de Saúde em que estes atores estão inseridos, através da observação participante.

Assim, solicitamos Vossa autorização para a realização da pesquisa neste município. Salientamos que os dados serão mantidos em sigilo e que estes serão utilizados tão somente para fins científicos, em conformidade com a Resolução do Ministério da Saúde N° 196/96, que trata da Pesquisa em Seres Humanos e que o município não arcará com nenhum custo financeiro.

Na certeza de contarmos com a Vossa valiosa colaboração, agradecemos antecipadamente e nos colocamos à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Natal, 21 de maio de 2008.

Aldenísia Alves Albuquerque Barbosa
Matrícula 2007790056

ANEXO 4 – AUTORIZAÇÃO DOS MUNICÍPIOS PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA

	<p>Estado do Rio Grande do Norte Prefeitura Municipal de São José de Mipibu Secretaria Municipal de Saúde Rua Barão de Mipibu, 42 - Centro, São José de Mipibu CNPJ/MF 08.365.850 / 0001- 03</p>	
---	--	---

AUTORIZAÇÃO

Diante da solicitação declaro autorizada a realização da pesquisa intitulada “*A Educação Permanente em Saúde na ótica dos cirurgiões-dentistas*” a ser realizadas neste município pela mestrandia Aldenísia Alves Albuquerque Barbosa.

São José de Mipibu/ RN, ___/_____/2008.

SOLANE MARIA COSTA
SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DE SÃO JOSÉ DE MIPIBU

ALDENÍSIA ALVES ALBUQUERQUE BARBOSA

ANEXO 5 – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Nº ___/___



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

Av. Senador Salgado Filho 1787 - Lagoa Nova

59056-000 - Natal - RN - Brasil

Telefones para Contato:

55-84-3215-4133

Site: <http://www.pgops.dod.ufrn.br>



Prezado participante,

Solicitamos o preenchimento deste questionário, cujas respostas irão contribuir para a pesquisa intitulada: “A Educação Permanente em Saúde na ótica dos Cirurgiões- Dentistas”.

Por favor, tenham atenção quanto ao preenchimento integral e fidedigno de todas as questões e presteza na sua devolução.

Agradecemos antecipadamente sua atenção.

1. Caracterização dos sujeitos:

Idade: _____ Sexo _____ Estado civil _____

Instituição de Ensino de graduação _____

Tempo formado(a) _____

Município em que trabalha: _____ URSAP _____

Vínculo empregatício () efetivo

() contrato provisório

() Outro, Qual _____

Local de atuação: () Estratégia Saúde da Família

() Gestão, Qual o cargo? _____

() Outro(s), Qual(ais) _____

2. Sobre o Curso:

2.1. Qual desses cursos abaixo você participou?

() Curso de Especialização em Saúde Coletiva (UFRN/DOD)

() Curso de Especialização em Saúde da Família (UERN/DE - Mossoró)

() Curso de Especialização EM Saúde da Família (UFRN/NESC)

2.2. Quem financiou este curso:

() municípios

() Estado

() Ministério da Saúde

() As 3 esferas de governo

() Não sei

2.3. Como foi seu ingresso neste curso?

() Por indicação

() Por Seleção

() Por Outros meio: Qual _____

2.4. Você tem conhecimento se esse curso passou pelo Pólo de Educação Permanente do estado do Rio Grande do Norte?

() sim, passou () não, não passou () Não Sei o que é Pólo de Educação Permanente em saúde

3. Quanto à compreensão do conteúdo programático e abordagem metodológica e dos cursos:

3.1. Como você define o **conteúdo programático** deste cursos?

3.2. Como você define a **abordagem metodológica** deste curso? _____

3.2 As metodologias utilizadas nas aulas contribuíram para a **reflexão** sobre a situação vivenciada no âmbito do seu trabalho?

() sim () não

Comente: _____

3.3. As atividades propostas contemplavam a **articulação entre a teoria com a prática**?

Comente: _____

3.4. Foram utilizadas metodologias que procuraram **relacionar os conhecimentos com as necessidades do trabalho**?

Comente: _____

4. Quanto ao conceito de Educação Permanente em Saúde

4.1. O que você entende por **Educação Permanente em Saúde**?

4.3. Descreva com poucas palavras quais **os objetivos** da Educação Permanente em Saúde?

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)