



CENTRO FEDERAL DE EDUCAÇÃO TECNOLÓGICA DE MINAS GERAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO TECNOLÓGICA
MESTRADO EM EDUCAÇÃO TECNOLÓGICA

ÉRIKA MARINA RABELO

**EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: ESTUDO DE CASO DE UMA
MATERNIDADE PÚBLICA MINEIRA**

Belo Horizonte – MG
Fevereiro, 2017

ÉRIKA MARINA RABELO

**EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: ESTUDO DE CASO DE UMA
MATERNIDADE PÚBLICA MINEIRA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação Tecnológica - Mestrado em Educação Tecnológica do Centro Federal em Educação Tecnológica de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Educação Tecnológica.

Orientadora: Professora Doutora Sabina Maura Silva.

Belo Horizonte – MG
Fevereiro, 2017

Rabelo, Érika Marina
R114e Educação permanente em saúde: estudo de caso de uma
maternidade pública mineira. / Érika Marina Rabelo. – – Belo
Horizonte, 2017.
177 f. : il.

Dissertação (mestrado) – Centro Federal de Educação
Tecnológica de Minas Gerais, Programa de Pós-Graduação em
Educação Tecnológica, 2017.

Orientador: Profa. Dra. Sabina Maura Silva

Bibliografia

1. Educação Permanente - Saúde. 2. Trabalhadores - Educação.
3. Ensino Reflexivo. I. Silva, Sabina Maura. II. Centro Federal de
Educação Tecnológica de Minas Gerais. III. Título

CDD 371.122



CENTRO FEDERAL DE EDUCAÇÃO TECNOLÓGICA DE MINAS GERAIS
DIRETORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO TECNOLÓGICA - PPGET
Portaria MEC nº. 1.077, de 31/08/2012, republicada no DOU em 13/09/2012

Érika Marina Rabelo

Educação permanente em saúde: estudo de caso de uma maternidade pública
mineira

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Educação Tecnológica do Centro Federal de Educação Tecnológica de Minas Gerais - CEFET-MG, em 22 de fevereiro de 2017, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Educação Tecnológica, aprovada pela Comissão Examinadora de Defesa de Dissertação constituída pelos professores:

Prof.ª Dr.ª Sabina Maura Silva - Orientadora
Centro Federal de Educação Tecnológica de Minas Gerais

Prof.ª Dr.ª Heloiza Maria Siqueira Rennó
Universidade Federal de São João Del Rei

Prof. Dr. Ailton Vitor Guimarães
Centro Federal de Educação Tecnológica de Minas Gerais

Belo Horizonte, 22 de fevereiro de 2017.
Av. Amazonas, 7675, Gameleira, Belo Horizonte, MG – CEP: 30510-000- Brasil.
Tel.: (31) 33196722 ou (31) 33196806

Dedico os frutos desta pesquisa aos meus amados pais, Gilberto e Maria de Lourdes, que sempre estiveram ao meu lado incondicionalmente e acreditaram comigo na realização de mais um sonho.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus e a Nossa Senhora por terem abençoado todas as minhas decisões e escolhas. Em Vós descanso meu espírito.

Aos meus pais, Gilberto e Maria de Lourdes, que são meus exemplos de garra, força e determinação. Obrigada por compreenderem minhas fragilidades e me darem o colo que muito precisei.

Aos meus irmãos Emerson e Emília que apoiaram as minhas escolhas. Emerson, sem você eu nunca teria conseguido, muito obrigada pela paciência e cumplicidade!

Ao meu amado João Paulo, que esteve incondicionalmente ao meu lado, apoiando-me, aturando-me e incentivando-me. Com seu amor fiquei mais forte e confiante. Perdoe-me as dificuldades que tivemos que passar.

Toda minha família agradeço as orações e a torcida. Também desculpem-me as ausências que foram necessárias.

Aos meus amigos e amigas, que cada um a seu modo torceram, rezaram, ouviram ou choraram juntos comigo. Agradeço imensamente a amizade de vocês!

A minha orientadora, a Professora Doutora Sabina Maura Silva, que acreditou em mim mesmo quando eu não acreditava. Ensinou-me tanto de educação e da vida que o muito que eu fizer, pouco será para agradecer tudo o que fez por mim. Muito obrigada mesmo pela sua extrema paciência, compromisso e por compartilhar todo seu conhecimento comigo.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Educação Tecnológica do Centro Federal de Educação Tecnológica de Minas Gerais (CEFET) que empreenderam a grande jornada de ensinar a um grupo tão diverso e também acolheram minhas dúvidas e inquietações.

Aos colegas do grupo de pesquisa PETMET, que partilharam suas experiências comigo e juntos (des)construímo-nos, concretizando ali um espaço rico de discussões e aprendizado.

A todos os colegas do mestrado muito obrigada pela convivência, vocês são parte da minha história.

As meninas da “panelinha” (Camila, Lidiane, Talitha, Tatiane e Viviane) que pelo nosso carinho e cumplicidade nos tornamos fortes e unidas para romper em meio a toda essa jornada.

A Maternidade Odete Valadares e seus dirigentes que propiciaram que esta pesquisa pudesse se tornar real. Em especial ao Doutor Francisco José Machado Viana pelos conselhos e escuta.

A Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais que proporcionou todos os documentos e mecanismos necessários para a realização desta pesquisa.

Aos servidores do Núcleo de Ensino e Pesquisa da Maternidade Odete Valadares que me auxiliaram em várias etapas do estudo, sempre solícitos e cooperativos.

Aos trabalhadores da equipe interdisciplinar de saúde que permitiram que esta pesquisa se tornasse real e cederam suas opiniões e visões sobre o objeto de pesquisa. Esta pesquisa também é para vocês!

A Patrícia Sanches Carneiro, que auxiliou na definição da amostra da pesquisa e informações estatísticas para que a pesquisa pudesse transcorrer o mais próximo da representatividade real possível.

Aos membros da banca examinadora, Professora Doutora Heloíza Maria Siqueira Rennó e Professor Doutor Ailton Vitor Guimarães, que aceitaram prontamente em contribuir com esta pesquisa. Muito obrigada pelas contribuições e pela presença.

“Não é no silêncio que os homens se fazem, mas na palavra, no trabalho, na ação-reflexão. Mas, se dizer a palavra verdadeira, que é trabalho, que é práxis, é transformar o mundo, dizer a palavra não é privilégio de alguns homens, mas direito de todos os homens”.

Paulo Freire

RESUMO

RABELO, E.M. *Educação Permanente em Saúde: estudo de caso de uma maternidade pública mineira*. 2017. 177f. (Mestrado em Educação Tecnológica) – Programa de Pós-Graduação em Educação Tecnológica, Centro Federal de Educação Tecnológica de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2017.

Este estudo de caso simples de caráter quanti-qualitativo teve como objetivo compreender como são desenvolvidas as ações de Educação Permanente em Saúde para a formação no trabalho da equipe interdisciplinar de uma maternidade pública mineira. Como referenciais teóricos para a pesquisa têm-se: a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, a dimensão educativa do trabalho e a reflexão sobre as práticas profissionais. A política citada parte do pressuposto de que a educação permanente é a educação no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho nos diferentes serviços de saúde para promover o desenvolvimento do trabalhador da saúde e, conseqüentemente, a melhoria da saúde das populações. A dimensão educativa do trabalho refere-se ao potencial transformador que o trabalho proporciona aos trabalhadores ao serem transformados pelo e para o trabalho- tais concepções se sustentam no explicitado por Karl Marx acerca do trabalho. A reflexão sobre as práticas profissionais estão ancoradas nos pressupostos da formação do profissional reflexivo e da reflexão-na-ação de Donald A. Schön. O campo de estudo foi a Maternidade Odete Valadares, em Belo Horizonte, e teve como participantes do estudo: 180 trabalhadores da equipe interdisciplinar da saúde e 03 informantes-chave. Os dados foram coletados por meio de pesquisa documental nos arquivos da maternidade, aplicação de questionário estruturado aos trabalhadores da equipe interdisciplinar e realização de entrevista com as informantes-chave. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais com os pareceres nº 1.414.032 , nº 1.446.379 e nº 1.628.872. Os dados foram analisados segundo a Análise Temática de Conteúdo proposta por Bardin e foram identificadas cinco categorias de análise: A concepção da Educação Permanente em Saúde; Demandas de formação e planejamento das ações educativas; Operacionalização das ações educativas; Reflexão do processo de trabalho pela equipe interdisciplinar de saúde; e Transformações profissionais por meio das ações educativas. A análise dos dados apontou para a não integração do trabalhador da saúde no levantamento de demandas e no planejamento das ações educativas desenvolvidas na instituição, com persistência para a centralidade das ações de formação oriundas nas necessidades das chefias/coordenações dos setores. Observou-se, desse modo, a pouca compreensão pelos trabalhadores e informantes-chave acerca dos objetivos e premissas da Educação Permanente em Saúde. Não foi possível captar por meio dos questionários aplicados se há reflexão sobre os processos de trabalho pelos trabalhadores da saúde do serviço estudado, contudo os mesmos relataram impactos positivos em suas práticas profissionais advindas das ações educativas que já participaram na instituição. Desse modo, para que a Educação Permanente em Saúde seja real e se torne instrumento para transformações nas práticas profissionais considera-se importante que haja problematização das práticas profissionais pelos próprios trabalhadores da saúde e que a necessidades de formação no trabalho sejam identificadas por estes profissionais. E ainda entende-se que seja importante a definição de objetivos e programação institucional acerca do desenvolvimento da Educação Permanente em Saúde na instituição pesquisada, para que as atividades educativas desenvolvidas na mesma tenham integração com as necessidades dos trabalhadores da saúde.

Palavras-chave: Capacitação em serviço. Educação. Educação Permanente. Educação Permanente em Saúde. Reflexão. Trabalho.

ABSTRACT

RABELO, E.M. Permanent Education in Health: a case study of a public maternity in Minas Gerais. 2017. 177f. (Master in Technological Education) - Post-Graduation Program in Technological Education, Federal Center of Technological Education of Minas Gerais, Belo Horizonte, 2017.

This simple case study of quanti-qualitative character had as objective to understand how the actions of Permanent Education in Health are developed for the training in the work of the interdisciplinary team of a public maternity of Minas Gerais. As theoretical references for the research have: the National Policy of Permanent Education in Health, the educational dimension of work and reflection on professional practices. The policy cited is based on the assumption that lifelong education is education at work, work and work in the different health services to promote the development of the health worker and, consequently, the improvement of the health of the population. The educational dimension of work refers to the transformative potential that labor provides to workers when they are transformed by and to work - such conceptions are based on Karl Marx's explication of work. The reflection on professional practices are anchored in the assumptions of Donald A. Schön's reflective professional training and reflection-in-action. The field of study was the Maternity Odete Valadares, in Belo Horizonte, and had as participants of the study: 180 employees of the interdisciplinary health team and 03 key informants. Data were collected through documentary research in the maternity files, application of a structured questionnaire to the workers of the interdisciplinary team and interview with the key informants. The research was approved by the Research Ethics Committee of the Hospital Foundation of the State of Minas Gerais, with the authorization of 1.414.032 , 1.446.379 and 1.628.872. The data were analyzed according to the Thematic Content Analysis proposed by Bardin and five categories of analysis were identified: The concept of Permanent Education in Health; Requests for training and planning of educational actions; Operationalization of educational actions; Reflection of the work process by the interdisciplinary health team; And Professional transformations through educational actions. The analysis of the data pointed to the non integration of the health worker in the survey of demands and in the planning of the educational actions developed in the institution, with persistence to the centrality of the training actions originated in the needs of the heads / coordinations of the sectors. Thus, the lack of understanding by the workers and key informants about the objectives and premises of the Permanent Education in Health was observed. It was not possible to capture through the questionnaires applied if there is reflection on the work processes by the health workers of the service Studied, however, they reported positive impacts on their professional practices arising from educational actions that have already participated in the institution. Thus, in order for the Permanent Education in Health to be real and to become an instrument for changes in professional practices, it is considered important that there be problematization of professional practices by the health workers themselves and that the needs for training in work are identified by these professionals. It is also understood that it is important to define objectives and institutional programming about the development of Permanent Education in Health in the institution researched for the educational activities developed in the same have integration with the needs of health workers.

Key-words: In-service training. Education. Permanent Education. Permanent Education in Health. Reflection. Work.

LISTA DE FIGURAS

Figura 01 – Banner Maternidade Odete Valadares, Belo Horizonte, Minas Gerais.....	72
---	----

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 01 – Concepção dos trabalhadores da saúde sobre a PNEPS.....	85
Gráfico 02- Entendimento dos participantes do estudo acerca do público alvo da PNEPS.....	87
Gráfico 03 – Entendimento dos participantes da pesquisa sobre o objetivo da PNEPS.....	88
Gráfico 04 – Entendimento dos participantes do estudo sobre a destinação das ações educativas realizadas na MOV.....	90
Gráfico 05 – Entendimento dos participantes do estudo acerca de quais necessidades do próprio serviço as atividades educativas correspondem.....	91
Gráfico 06 – Entendimento dos trabalhadores acerca de quem planeja ou determina as ações educativas na MOV.....	93
Gráfico 07 – Integração dos trabalhadores no levantamento de demandas e planejamento das atividades educativas na MOV.....	96
Gráfico 08- Desejo de participação nos planejamentos das atividades educativas pelos trabalhadores da saúde.....	103
Gráfico 09 – Entendimento dos participantes do estudo de como são definidos os trabalhadores que participam das atividades educativas na MOV.....	107
Gráfico 10- Entendimento dos trabalhadores estudados acerca de como os mesmos são levados a participar das ações educativas na MOV.....	108
Gráfico 11- Dificuldades identificadas pelos trabalhadores do estudo para a não participação nas atividades educativas na MOV.....	111
Gráfico 12 – Alternativas para melhor participação nas atividades educativas.....	114
Gráfico 13 – Entendimento das metodologias utilizadas nas atividades educativas.....	116
Gráfico 14 – Entendimento de como as demandas de formação deveriam ser elencadas na MOV.....	118
Gráfico 15 – Impactos das ações educativas já participadas para as práticas profissionais.....	127
Gráfico 16 – Transformações nas práticas profissionais por meio das atividades educativas já participadas.....	128

LISTA DE TABELAS

Tabela 01 – Caracterização dos participantes do estudo - trabalhadores da equipe interdisciplinar da Maternidade Odete Valadares, Belo Horizonte, MG, 2016.....	81
---	----

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CES – Conselho Estadual de Saúde
CF – Constituição Federal
CNS – Conferência Nacional de Saúde
CIES – Comissão de Integração Ensino e Serviço
CIB – Comissão Intergestores Bipartite
CGR – Colegiado de Gestão Regional
CNRH – Conferência Nacional de Recursos Humanos
CNGTES – Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde
CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CTI – Comissão Intergestores Tripartite
DIREP – Direção de Ensino e Pesquisa
EC – Educação Continuada
EP – Educação Permanente
EPS – Educação Permanente em Saúde
FHEMIG – Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais
GM/MS – Gabinete Ministerial/Ministério da Saúde
MG – Minas Gerais
MOV – Maternidade Odete Valadares
MS – Ministério da Saúde
MEC – Ministério de Educação e Cultura
NEP – Núcleo de Ensino e Pesquisa
NOB/RH – Norma Operacional Básica/Recursos Humanos
NUPEQ – Núcleo de Pesquisa
OMS – Organização Mundial da Saúde
OPAS – Organização Pan Americana de Saúde
PADES – Plano Anual de Desenvolvimento do Servidor
PAREPS – Plano Regional de Educação Permanente em Saúde
PDR – Plano Diretor Regional
PEPs – Polos de Educação Permanente
PMDB – Partido do Movimento Democrático Brasileiro
PMDI – Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado
PNEPS – Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

PT – Partido dos Trabalhadores

RA – Região Ampliada

RH – Recursos Humanos

SES – Secretaria Estadual de Saúde

SGTGS – Secretaria de Gestão do Trabalho e Gestão na Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

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

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
1.1 Justificativa	19
1.2 Objetivos da pesquisa	21
1.2.1 Objetivo geral.....	21
1.3.2 Objetivos específicos	21
2 PERSPECTIVAS HISTÓRICAS DA FORMAÇÃO NO TRABALHO EM SAÚDE ..	22
2.1. Perspectivas Históricas da EP e EPS no mundo	22
2.2 Perspectivas históricas da formação do trabalhador da saúde no Brasil: da concepção de recursos humanos à educação no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho.	28
2.3 EPS no contexto do SUS: a evolução da PNEPS	41
3 EPS NO CONTEXTO ESTADUAL, NA FHEMIG E NA MOV	49
3.1 Percorso normativo da EPS no estado de Minas Gerais	49
3.2 FHEMIG: percurso histórico e formação em serviço	54
3.3 Formação no trabalho na MOV	57
4 O POTENCIAL EDUCATIVO DO TRABALHO E A REFLEXÃO DAS PRÁTICAS PROFISSIONAIS	61
5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	71
5.1 Natureza do estudo.....	71
5.2 Cenário do estudo	73
5.3 Participantes do estudo	75
5.4 Instrumentos e procedimentos de coletas de dados	78
5.4 Compreensão dos dados.....	80
5.5 Aspectos éticos.....	81
6 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	82
6.1 Caracterização dos participantes da pesquisa	82
6.2 Categoria 1: A concepção da Educação Permanente em Saúde	87
6.3 Categoria 2: Demandas de formação e planejamento das ações educativas.....	91
6.3.1 Subcategoria “Identificação das demandas de formação”	91
6.3.2 Subcategoria “Integração no planejamento das ações educativas”	98
6.3.3 Subcategoria “Necessidades de integração no planejamento das ações educativas”	104
6.4 Categoria de análise 3: Operacionalização das ações educativas	108

6.5 Categoria de análise 4: Reflexão sobre o processo de trabalho pela equipe interdisciplinar de saúde	121
6.5.1 Subcategoria “Priorização para certas categorias profissionais”	122
6.5.2 Subcategoria “Não contemplam as necessidades dos trabalhadores”	123
6.5.3 Subcategoria “Refletem atualizações técnico-científicas”	124
6.5.4 Subcategoria “Refletem demandas dos profissionais/setores”	125
6.6 Categoria de análise 5: Transformações profissionais por meio das ações educativas	127
6.6.1 Subcategoria “Transformações das práticas profissionais”	128
6.6.2 Subcategoria “Relação teoria/prática”	134
6.7 Identificação das demandas de formação pelos participantes do estudo	135
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	136
REFERÊNCIAS	140
APÊNDICE A	153
APÊNDICE B.....	156
APÊNDICE C	160
APÊNDICE D	163
ANEXO A.....	165
ANEXO B.....	169
ANEXO C.....	173
ANEXO D.....	176
ANEXO E.....	177

1 INTRODUÇÃO

A necessidade deste estudo emergiu da prática profissional da pesquisadora como uma trabalhadora da equipe interdisciplinar da saúde, inserida no contexto estudado, e que vivenciou diversas atividades educativas na instituição que não condiziam com suas necessidades de formação no trabalho. Desse modo, o tema central deste estudo são as ações de Educação Permanente em Saúde (EPS) desenvolvidas na Maternidade Odete Valadares (MOV) com vistas ao desenvolvimento do trabalho em saúde e do trabalhador da saúde que atua na equipe interdisciplinar em saúde. Nesse sentido, para a Organização Mundial da Saúde (OMS), o “[...] trabalho em saúde está associado ao exercício da autonomia, da competência, da realização do potencial intelectual e emocional, do desenvolvimento da criatividade e produtividade, das capacidades e habilidades pessoais” (OMS, 2007 *apud* SARRETA, 2009, p.115). Optou-se por tratar da equipe interdisciplinar da saúde, uma vez que o trabalho em saúde requer intrinsecamente a atuação em equipe, pois nenhum profissional da saúde consegue dominar todos os conhecimentos e técnicas necessários para a solução dos mais diversos problemas de saúde enfrentados pelos usuários e porque “[...] a lógica da EPS é descentralizadora, ascendente e transdisciplinar” (BRASIL, 2003, p.03).

Tem-se também, como uma das definições importantes para esta pesquisa, a compreensão do “[...] conceito do ‘processo de trabalho em saúde’ o qual diz respeito à dimensão microscópica do cotidiano do trabalho em saúde, à prática dos trabalhadores/profissionais de saúde inseridos no dia a dia da produção e consumo de serviços de saúde” (PEDUZZI; SCHRAIBER, 2008, *apud* YAMAMOTO; MACHADO; SILVA JUNIOR, 2016, p.620). O trabalho em saúde é repleto de intersubjetividade entre os atores (trabalhadores e usuários, e entre os próprios trabalhadores), de imprevisibilidade e incertezas que uma gama de acontecimentos de saúde-doença podem requerer decisões imediatas. Além disso, o trabalho em saúde é consumido no ato da sua própria produção, de modo que o produto do trabalho em saúde é a produção da vida humana (YAMAMOTO; MACHADO; SILVA JUNIOR, 2016). Assim, acredita-se que os processos de formação e qualificação dos trabalhadores da equipe interdisciplinar de saúde devem se desenvolver em função dos problemas enfrentados por tais trabalhadores e a partir da realização da problematização das suas práticas profissionais cotidianas.

Para Gadotti (1984) a Educação Permanente (EP) é um sistema de educação flexível e diverso, o qual permite ao trabalhador aprender a qualquer momento e no ritmo desejado, segundo seus próprios interesses e necessidades. Assim, a construção da pessoa

humana torna-se tarefa para a vida toda, pois cada situação pode exigir diferentes formas de abordagem pelo trabalhador e este pode requerer novas aprendizagens. Na mesma perspectiva, propõe-se que “[...] os processos de capacitação do pessoal da saúde sejam estruturados a partir da problematização do seu processo de trabalho e que tenham como objetivo a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho [...]” (BRASIL, 2003, p.03).

Desse modo, a EPS não é algo que se acrescenta ao sistema formal de educação, também não é um novo setor. Ela é uma nova perspectiva a partir da interrogação das práticas profissionais e da ativação de planejamentos em equipe de saúde, com organização do ensino pelo desenvolvimento das capacidades sensíveis e de problematização das práticas pelos trabalhadores da saúde (FLORES; OLIVEIRA; ZOCHE, 2016). A EPS deve ser compreendida como parte do processo de formação profissional, tendo em vista que envolve atitudes e habilidades para o desenvolvimento dos trabalhadores dentro do sistema de saúde. Assim, a EPS valoriza a aprendizagem no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho,

para construir compromissos com a transformação do modelo assistencial, com o objetivo de desenvolver a educação para uma atuação crítica e reflexiva visando à integralidade da atenção. O modelo que se pretende superar entende a educação como um elemento funcional, indo além dos cursos e treinamentos isolados e voltados para problemas imediatos dos serviços. O grande desafio colocado é superar essa tradição (SARRETA, 2009, p.177).

Nesse sentido, uma vez que o Estado brasileiro, a partir de 2004, regulamentou por meio de políticas públicas nacionais específicas a formação do trabalhador da saúde e vem mantendo sua preocupação com a formação crítica e ativa de tais trabalhadores, fez-se necessário compreender como a EPS favorece a formação deste trabalhador a partir da reflexão sobre o seu processo de trabalho com problematização das práticas profissionais.

Para tal compreensão foi adotado como um dos referenciais teóricos que sustentam esta pesquisa o sentido ontológico do trabalho cujo processo de realização desencadeia transformações reais no próprio trabalhador. Assim, partindo do enunciado por Marx, Tardif (2010, p.56) refere que trabalhar não é apenas transformar o objeto sobre o qual o homem incide suas forças mentais e físicas, trabalhar promove uma transformação real no trabalhador, ou seja, trabalhar “[...] é também transformar a si mesmo no e pelo trabalho”. O saber trabalhar surge e modifica-se com o tempo, o trabalhador aprende a trabalhar trabalhando e neste processo é indispensável ao trabalhador “[...] dominar progressivamente os saberes necessários à realização do trabalho” (idem, p.57), isto é, parte da formação do trabalhador acontece na ação. É nesse sentido que se pressupõe o potencial educativo do trabalho, em que o próprio trabalhador se forma durante o exercício de sua atividade, como

também a partir dela podem surgir demandas de formação que antes ele não tinha em mente serem necessárias para o desenvolvimento de sua atividade profissional. O potencial de transformar a realidade de trabalho por meio das atividades educativas é uma das premissas da EPS e foi adotado como um dos referenciais para a análise dos dados desta pesquisa.

No sentido de promover a transformação real das práticas de profissionais reais em ação nos serviços de saúde adotou-se também como referencial teórico a reflexão-na-ação proposta por Donald A. Schön. Para Schön (2008, p.32), “Podemos refletir sobre a ação, pensando retrospectivamente sobre o que fizemos”. “Reflexão-na-ação é um tipo de experimentação” (idem, p.61), é um diálogo reflexivo que o trabalhador empreende consigo mesmo e requer abertura intelectual, estranhamento em relação à realidade de trabalho e pensar com calma sobre as situações de trabalho (ZANNELA, 2003). A reflexão-na-ação tem imediata significação para a ação. Para que o trabalhador possa desenvolver a capacidade de reflexão-na-ação é importante compreender as situações de trabalho e ter disposição para criar estratégias plausíveis para solucionar seus problemas reais. A reflexão-na-ação está centrada na avaliação das práticas profissionais e na sua transformação em conhecimento. “À medida que pensa sobre a ação, o sujeito formula novas hipóteses que serão aplicadas em outras experiências que vão se complementando e modelando as futuras ações” (DAUSSY, 2014, p.125). O trabalhador deve perceber sua situação de trabalho e ir além do que percebeu, assim poderá propor ações e reflexões sobre o seu processo de trabalho, tal movimento é o requerido pela prática reflexiva e não acontece em ações mecânicas.

Acredita-se, desse modo que, para que possa haver transformações reais nas práticas profissionais, seja necessário que o trabalhador da equipe interdisciplinar da saúde saiba e possa refletir sobre suas práticas profissionais e assim identificar as necessidades reais de formação no trabalho. Acredita-se também que o profissional seja o maior responsável por identificar as fragilidades e demandas formativas para que sua atividade profissional possa se desenvolver da melhor maneira possível, tanto para a satisfação do próprio trabalhador quanto para atender as necessidades de saúde das populações. Assim, Leite *et al.* (2012) explicitam que a EPS parte também do pressuposto da aprendizagem significativa, a qual promove e produz sentidos para determinada prática de saúde, ou seja, o trabalhador só apreende aquilo que tem relevância para sua prática profissional, de modo que as atividades educativas descoladas da realidade profissional não produzem transformações no trabalhador ou em suas práticas.

Nesse sentido, a efetividade de atividades educativas segundo as premissas da EPS se dará quando a mesma transcender a linearidade, a pontualidade e a finalidade das

ações educativas preconcebidas por gestores e que acontecem em determinados locais, com conteúdos e estratégias previamente concebidas, sem envolvimento com as necessidades dos trabalhadores da saúde (SILVA, L. *et al.*, 2016). Assim, tem-se como um dos pressupostos da pesquisadora que as atividades educativas desenvolvidas na MOV não partem das necessidades reais dos profissionais da saúde em ação. Apresenta-se, nesse ponto, a necessidade de compreender se tal entendimento poderia ser igualmente atribuída aos demais trabalhadores da equipe interdisciplinar de saúde da instituição citada.

Tendo em vista a importância da formação no trabalho do trabalhador da saúde questiona-se: Quais são as ações de EPS desenvolvidas na MOV para a formação em serviço dos trabalhadores da equipe interdisciplinar da saúde? De que maneira tais ações são ofertadas? As ações desenvolvidas são resultado da reflexão que o trabalhador faz acerca do seu processo de trabalho? Elas atendem às demandas de formação dos trabalhadores da equipe interdisciplinar da saúde e promovem transformações em suas práticas profissionais?

1.1 Justificativa

A EPS, ao se constituir como uma estratégia para promover a formação profissional a partir da reflexão crítica sobre os processos de trabalho do trabalhador da saúde e ao se tornar uma política pública nacional em 2004 (BRASIL, 2004) fomentou diversas pesquisas nos serviços de saúde do Brasil.

Desse modo, foram analisados vários estudos já publicados sobre a temática da EPS no Brasil após a promulgação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) em 2004 (BRASIL, 2004). Observou-se que a maioria dos trabalhos acadêmicos, voltados para esse segmento, apresentam objetivos que têm foco na implantação da política. Estudos de Meira (2007), Faria (2008), Silva, J. (2009), Arrieche (2010), Barreto (2010), Smaha (2011), Freitas (2011), Barthi (2012), Moraes (2012), Costa (2014), Maia (2014) e Rangel (2014) apontam para os processos de implantação da PNEPS em suas respectivas unidades, hospitais, serviços de urgência ou centros de saúde, evidenciando o caráter ainda incipiente dessa política pública.

O estudo de Rangel (2014) sinaliza que generalizações acerca do caráter descendente das ações de EPS não poderiam ser feitas, indicando a realização de estudos em diferentes cenários de atenção à saúde para proceder tal avaliação. Meira (2007) e Maia (2014) apontaram que as atividades educativas ditas EPS ocorrem muitas vezes com o foco na população e não nos trabalhadores da saúde, tão pouco em suas demandas de formação e não

correspondiam efetivamente a ações de EPS. Souza (2013) acredita ser importante oportunizar um nivelamento teórico dos servidores no que diz respeito à EPS, bem como proporcionar espaços para a reflexão sobre o processo de trabalho em saúde, por meio de outras pesquisas.

No que se refere à EPS para a equipe interdisciplinar de saúde dois estudos analisaram apenas a equipe de enfermagem. O estudo de Zinn (2015), ao investigar a EPS na perspectiva dos trabalhadores da equipe de enfermagem na atenção básica, constatou que os gestores têm o entendimento coerente dos pressupostos da EPS, enquanto os trabalhadores da saúde que estão na assistência direta ao usuário ainda concebem a EPS com o arcabouço teórico da Educação Continuada (EC). Por outro lado, Salum (2007) investigou as contribuições da EPS na transformação das práticas de profissionais de enfermagem em um hospital-escola e, segundo a autora, o significado da EPS ainda não foi apreendido em sua totalidade pelos profissionais da equipe de enfermagem. O estudo ainda contribuiu para a afirmação da tese da autora de que a EPS pode levar a transformações do cuidado e da prática de enfermagem em um hospital-escola. Ambos os estudos apresentam como limites apenas a investigação da equipe de enfermagem no que se refere à representação dos trabalhadores da saúde, contrastando com os princípios de participação da equipe interdisciplinar da saúde para consolidação da EPS.

Nos estudos de Fernandes (2008), Borges (2009), Arrieché (2010), Flores (2011) e Messias (2015), a EPS foi analisada sob a perspectiva de categorias profissionais específicas, enfermeiras e assistentes sociais. Três estudos (ARRIECHE, 2010; BARBOSA, 2008; BORGES, 2009) apontam que os processos educativos pelos quais passaram os grupos estudados não contribuíram para a crítica da atuação profissional, e os entrevistados “[...] pouco se referenciaram ao processo de educação permanente ocorridos nos espaços de trabalho do seu cotidiano o que, os distanciam, portanto da proposta da política nacional” (BORGES, 2009, p.185), mas consideram ser necessário transpor a prática empírica, rotineira e alienante dos serviços de saúde no que condiz com a formação para e no trabalho.

A EPS

insere-se, portanto, num contexto tenso, em que há possibilidade tanto de meramente reproduzir a tecnicidade e a normatividade do trabalho como de configurar oportunidades de recomposição dos processos de trabalho, de modo que os trabalhadores da saúde possam reconhecer, negociar e responder de forma mais pertinente às necessidades de saúde dos usuários e da população, buscando assegurar direitos e qualidade na prestação de serviço, na perspectiva do fortalecimento do SUS (PEDUZZI *et al.*, 2009, p.123).

Nesse mesmo sentido, Silva, L. *et al.* (2016, p.766), avaliaram que as propostas efetivas da educação no trabalho ainda estão engatinhando “[...] e precisam transcender a lógica quantitativa e escolar, em virtude de se avaliarem o impacto da EPS no processo de trabalho em saúde”. Flores (2011), afirma que devem existir possibilidades para a formação ampliada em um cenário hospitalar marcado por processos burocratizados, saberes fragmentados e de relações de poder. Para Fernandes (2008), a partir da reflexão crítica sobre o processo de trabalho pode-se dar a problematização interdisciplinar das demandas de formação profissional, alinhando-se as perspectivas da EPS da PNEPS.

Ao analisar os estudos acima mencionados confirma-se a noção central desta pesquisa: a EPS deve partir de demandas de formação oriundas dos trabalhadores da saúde, as quais devem ser produzidas a partir da reflexão dos trabalhadores sobre o seu processo de trabalho.

Porém, observou-se que as pesquisas que abordam as transformações das práticas de trabalho como resultados das ações de EPS para a equipe interdisciplinar da saúde ainda é incipiente nos níveis primário, secundário e terciário de atenção a saúde, os quais, os dois últimos, são ambientes altamente marcados pelo saber fragmentado e técnico, com pouca valorização do trabalhador da saúde enquanto um dos protagonistas do SUS. Acredita-se que esta e outras pesquisas possam se debruçar sobre a EPS e efetuar produções com foco no trabalhador dentro da equipe interdisciplinar da saúde, permitindo elaborações de produções acadêmicas para avaliar os impactos na formação profissional desses trabalhadores, decorrentes da PNEPS.

1.2 Objetivos da pesquisa

1.2.1 Objetivo geral

Compreender o desenvolvimento das ações de EPS para a formação no trabalho da equipe interdisciplinar de saúde da MOV.

1.3.2 Objetivos específicos

- a) Avaliar os documentos normativos que fundamentam as ações de EPS da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG) (nível central) e MOV.

- b) Identificar as ações de formação do trabalhador da saúde desenvolvidas na MOV em um período determinado (retrospecção).
- c) Identificar as demandas de formação dos trabalhadores da saúde (equipe interdisciplinar) da MOV.
- d) Analisar as demandas de formação dos trabalhadores da equipe interdisciplinar de saúde em relação às ações educativas já desenvolvidas na MOV.
- e) Demonstrar como os trabalhadores apreendem e avaliam as ações de formação no trabalho que já participaram na MOV.

Esta dissertação foi organizada em cinco capítulos, seguintes a esta introdução. No capítulo um localizam-se as perspectivas históricas da formação no trabalho em saúde em nível internacional e nacional. No capítulo dois é trazida a trajetória normativa da EPS na FHEMIG e na MOV. No capítulo três são apresentadas as perspectivas do potencial educativo do trabalho e da reflexão-na-ação para se discutir a EPS no contexto estudado. No capítulo quatro está descrita toda a trajetória metodológica empreendida para se alcançar os dados da pesquisa. O capítulo cinco refere-se aos resultados e discussão dos dados. E, por fim, as considerações finais tratam dos achados mais relevantes desta pesquisa.

2 PERSPECTIVAS HISTÓRICAS DA FORMAÇÃO NO TRABALHO EM SAÚDE

2.1. Perspectivas Históricas da EP e EPS no mundo

A partir da década de 1950 vinha-se discutindo na Europa, especialmente na França, sobre a educação permanente dos trabalhadores, pondo-se em questão se a formação deveria ser encerrada nos institutos formadores, ou se os mesmos teriam que dar prosseguimento à formação durante o seu processo de trabalho (GADOTTI, 1984). Conforme Gadotti (1984, p.47, grifo do autor), “[...] a educação ‘permanente’ significa que o homem tem a *possibilidade* de reler constantemente sua realidade, da qual ele é sempre um aprendiz”. Segundo este autor, em 1955 a Liga Francesa de Ensino elaborou um projeto de reforma do ensino em que a expressão “Educação Permanente” foi utilizada pela primeira vez para:

1- Assegurar, depois da escola, a manutenção da instrução e da educação recebida na escola; 2- prolongar e completar, além da formação e da atividade profissional, a educação física, intelectual e estética da juventude até o exercício da cidadania; 3- permitir o aperfeiçoamento, a complementação, a renovação ou a readaptação das capacidades em todas as épocas da vida; 4- facilitar a atualização dos conhecimentos e a compreensão dos problemas do país e do mundo, a todos os cidadãos, quaisquer

que sejam seus títulos e responsabilidades; 5- permitir a todos usufruir do patrimônio da civilização e de seu constante enriquecimento (GADOTTI, 1984, p.60).

Também na França, em 1972, foi publicado o documento *L'Ecole et l'éducation permanent: quatre études* (A escola e a educação permanente: quatro estudos) em que “[...] estas quatro contribuições apesar da diversidade de seus pontos de partida práticos e teóricos, levam a mesma conclusão: a importância de dar à educação esse caráter de permanência e continuidade exigido ao mesmo tempo pela eficácia e justiça” (UNESCO, 1972, p.05, tradução nossa).

No mesmo ano, Edgar Faure e em parceria com outros autores publicaram o relatório “*Apprendre à être*”, no qual entre outros pontos, também desenvolvem o conceito de EP em que: “A ideia de continuidade do processo educativo não é nova. Conscientemente ou não, os seres humanos nunca deixam de educar-se ao longo de suas vidas inteiras, e principalmente sob a influência de ambientes onde transcorre sua existência” (FAURE *et al.*, 1972, p.218, tradução nossa). Assim, a EP não pode ser considerada como um prolongamento da escola, mas um projeto global de formação do homem, que pressupõe a reestruturação global das instituições que o medeiam. “Não se trata mais de adquirir, de maneira pontual, conhecimentos definitivos e sim de preparar-se para elaborar, ao longo de toda a vida, um saber em constante evolução e de ‘aprender a ser’” (GADOTTI, 1984, p.67).

Na América Latina, em 1961, a Carta de Punta Del Este sintonizou os diversos interesses dos países latino-americanos em prol do desenvolvimento econômico destas nações. A carta firmou a Aliança para o Progresso a qual

tinha como objetivo, unir todas as energias dos povos e governos, a fim de desenvolver um magmo (sic) esforço cooperativo que acelerasse o desenvolvimento econômico dos países latino-americanos participantes, para que consigam alcançar o máximo grau de bem-estar geral com iguais oportunidades para todos, em sociedades democráticas adaptadas aos seus próprios desejos e necessidades (ROCHA, 2005, p.04).

Os países que assinaram tal documento propuseram os requisitos básicos para que alcançassem o desenvolvimento proposto. Dentre os requisitos criados ressalta-se o requisito 05, que trouxe a questão do desenvolvimento dos Recursos Humanos na América Latina para a discussão entre os países. O mesmo trata de “Melhorar os recursos humanos e ampliar as oportunidades, mediante a elevação dos níveis gerais de educação e saúde; melhorar o ensino técnico e profissional” (ROCHA, 2005, p.06). De acordo com Lemos (2010, p.46), a carta ainda traz dois importantes documentos “[...] um que diz respeito à área da educação: a Resolução 1ª, intitulada ‘*Plan Decenal de Educación de la Alianza para el Progreso*’; e outro

relativo à área da saúde: Resolução 2ª, intitulada ‘*Plan Decenal de Salud Publica de la Alianza para el Progreso*’’. Tais documentos corroboram as posteriores mudanças na condução das políticas públicas, tanto para saúde quanto para a educação, nos países que assinaram a carta e se comprometeram com o desenvolvimento da América Latina. Lemos (2010) também afirma que a Organização Pan Americana de Saúde (OPAS) assumiu, a partir de então, um papel importante no planejamento da saúde pública nos países da América Latina, e teve na formação dos recursos humanos ponto essencial para o desenvolvimento dos planos de saúde pública.

Em 1973, na reunião da Assembleia Mundial da Saúde, houve um espaço dedicado à discussão do problema da educação do pessoal que trabalha nos serviços de saúde, um problema que transcendia as estruturas tradicionais das universidades dos países membros, sendo elencado o potencial do trabalho como fonte de desenvolvimento de ensino e aprendizado (OPAS, 1993).

A partir da década de 1980, e com base no referencial adotado pela OPAS para a educação dos profissionais de saúde, esta passou a ter um significado para além do pedagógico, assumindo parte da reestruturação dos serviços de saúde para a “[...] lógica das organizações qualificantes, com ênfase no lema aprender a aprender e da pedagogia das competências [...]”, atendendo as demandas do modelo de produção toyotista, sendo “[...] considerada um reflexo da ‘sociedade do conhecimento’, na qual a educação é vista como um dos elementos centrais para a reestruturação do capital” (LEMOS, 2010, p.139).

Em 1988 o Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos da OPAS, sancionou proposta que se caracterizava, principalmente, por: tornar a educação dos profissionais de saúde um processo contínuo em que o trabalho está no centro do processo de educação, fonte de conhecimento e objeto de transformação; dar prioridade à participação coletiva e multidisciplinar; e, favorecer a aquisição dinâmica de novos conhecimentos. Assim, é apenas a partir da segunda metade da década de 1980 que a formação dos profissionais de saúde começa a ser denominada EPS no continente sul americano, a qual se baseia nas necessidades identificadas no próprio processo de trabalho à luz de contextos específicos. A mudança vem de um processo crítico que é uma parte intrínseca do próprio trabalho, integrando as exigências objetivas do mesmo (ROSCHKE; DAVINI; HADDAD, 1993).

Para Rovere (1993, p.495), a EPS está em grande parte da literatura com definições diversas e até controversas, desde a alfabetização de adultos, a capacitação profissionalizante, a atualização profissional e a educação pelo trabalho. Desse modo, o autor toma como base os estudos naqueles últimos 10 anos de pesquisas do Programa de

Desenvolvimento de Recursos Humanos da OPAS e define a EPS como “[...] a educação no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho”. Este conceito é disseminado pelos países da América Latina e torna-se âncora para as posteriores políticas de formação dos trabalhadores da saúde no continente. Desse modo,

Um processo de educação permanente **só pode ser sustentado com base em um trabalhador que está sujeito a seu próprio processo de trabalho**. Sendo contrário, no entanto, à cultura dominante nos serviços de saúde. A procura da educação permanente demanda, por um lado, organizações mais democráticas, mas por outro, se nelas há consistência ideológica, também desencadeará um processo de democratização institucional (ROVERE, 1993, p.508, tradução nossa, grifo do autor).

É importante ressaltar que, a partir da década de 1990, em razão de modificações estruturais nos processos formativos pelo advento do neoliberalismo¹ nas economias capitalistas, em que parte da responsabilidade e continuidade da formação profissional foi transferida para o âmbito do trabalho ou do exercício da função, a EP passou a ganhar espaço para dar continuidade à formação iniciada nos cursos das diversas áreas do saber. As discussões acerca da EPS se estenderam nas publicações da OPAS, especialmente a partir daquela década, em que o foco de preocupação foi o trabalhador, seu trabalho e sua contribuição para os cuidados de saúde da população. A EP dos trabalhadores torna-se, desse modo, uma ferramenta essencial para o desenvolvimento dos mesmos (ROSCHKE; DAVINI; HADDAD, 1993). Para Lemos (2010), a disseminação da EPS pela OPAS não se trata de mera coincidência histórica, uma vez que no cenário mundial se configuravam mudanças em torno de novos interesses econômicos, a reestruturação do modelo econômico e necessidades do capital. A saúde das populações passa, então, a ser prioridade nas agendas dos organismos internacionais, como o Banco Mundial. Incluída nessas mudanças, a redução dos custos da saúde exigiram também reformulações na formação profissional.

Na área da saúde, especialmente na América Latina, esse movimento ganhou mais força a partir de 1994, ano em que foram publicadas por meio do relatório “*Educacion Permanente de Personal de Salud*”, da Série *Desarrollo de Recursos Humanos* nº100, da OPAS, orientações para a fortalecer a EPS, referindo-se ao trabalho como núcleo do processo educativo, fonte de conhecimento e transformação (HADDAD; ROSCHKE; DAVINI, 1994). Pesquisadores que vinham estudando as ações de formação em serviço na América Latina

¹ A adoção modelo econômico neoliberal por diversos países foi acompanhada de um conjunto de ações políticas que implementaram a retirada da intervenção estatal do âmbito da sociedade civil. Para Bianchetti (1996, p.94) “Deste modo, o neoliberalismo ao rejeitar a planificação social, deixa livre às leis da oferta e da demanda as características e orientação do sistema educativo. O mecanismo do mercado é auto-regulador, o que melhor equilibra as demandas surgidas do setor produtivo com a oferta proveniente das instituições educativas”.

publicaram o relatório mencionado acima com o apoio da OPAS o qual trouxe um consenso de que o processo de EPS dos trabalhadores dos serviços de saúde é um conjunto

[...] de ações de trabalho-aprendizagem que ocorre em um espaço de trabalho em saúde, que parte de uma situação existente (geralmente uma situação-problema), e destina-se a superá-la, alterá-la ou transformá-la em uma situação diferente ou desejada. Há também consenso de que, conseqüentemente, é necessário caracterizar a situação original, analisar e interpretar os seus determinantes, e avaliar, neste contexto, as inter-relações entre eles e o meio ambiente sócio-político-econômico que o rodeia (HADDAD; ROSCHKE; DAVINI, 1994, p. 02, tradução nossa).

Neste relatório, Rovere (1994, p.70, tradução nossa) completa a sua definição anterior de EPS como sendo a "[...] a educação no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho nos diferentes serviços cuja finalidade é melhorar a saúde da população". O relatório trouxe também extensas recomendações e exemplos para a implantação da estratégia de EPS nos países membros da OPAS a partir da reflexão sobre os processos de trabalho em saúde, o potencial educativo do trabalho e a aprendizagem significativa.

Roschke, Davini e Haddad (1993) já afirmavam que o núcleo de orientação da EPS é a transformação do processo de trabalho, melhorando sua qualidade, grau de interação e nível de comprometimento, pois parte da avaliação da experiência e da cultura dos trabalhadores, ao mesmo tempo em que estimula a produção do conhecimento com base em problemas práticos. O trabalho ocorre por meio da ação individual ou coletiva, e simultaneamente, promove, regula e dá sentido à interação entre indivíduos e ambiente de trabalho. Assim, por meio da EPS é possível desenvolver um processo educativo, no contexto de serviços, articulando a participação dos diversos atores, produzindo conhecimento a partir de um problema emergente do processo de trabalho e contribuindo, por meio do processo educativo, para melhorar a qualidade dos serviços (idem).

Destaca-se, em 1996, a publicação do relatório “Educação um tesouro a descobrir - Um relatório para a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) da Comissão Internacional sobre Educação para o século XXI” (DELORS *et al.* 1996), no qual são detalhadas e discutidas orientações para a educação em nível mundial. Grande ênfase é dada à formação em serviço. Este relatório propõe os Quatro Pilares da Educação para o século XXI, os quais são: o aprender a conhecer, o aprender a fazer, o aprender a viver juntos e o aprender a ser, todos englobados pela premissa maior do aprender a aprender. Para os relatores, a partir de tais pilares, as distinções entre a educação inicial e a EP devem ser repensadas pelas noções de competência evolutiva e capacidade de adaptação dos sujeitos. Também é destacado o segundo pilar (aprender a fazer), pois além da qualificação puramente técnica e para o exercício da função se juntaria a noção de

competência, em que o sujeito deveria desenvolver habilidades específicas e individuais para a função ou trabalho que iria realizar. O relatório expressa que a noção de competência exigida naquele momento é uma “[...] espécie de coquetel individual, combinando a qualificação, em sentido estrito, adquirida pela formação técnica e profissional, o comportamento social, a aptidão para o trabalho em equipe, a capacidade de iniciativa” (DELORS *et al.* 1996, p.94). Orientou, ainda, a adaptação das áreas do saber acerca do conhecimento a ser ensinado nas escolas de formação profissional, tanto nos cursos médio/técnico quanto nos cursos superiores. Com isso, deslocou-se da sala de aula, ou das instituições historicamente formadoras, para o ambiente de trabalho a responsabilidade pela complementaridade da formação profissional. No sentido de reforçar a importância da aquisição de competência o relatório traz outras duas discussões: a EP e a Educação ao Longo de Toda a Vida².

O conceito de EP foi ampliado, no relatório citado, para além das necessidades imediatas de uma reciclagem profissional, em um mundo que vive rápidas modificações por meio dos progressos científico-tecnológicos, em que a formação inicial rapidamente se desatualiza, exigindo a formação profissional permanente. O conceito, dessa forma, foi também ampliado além das necessidades culturais e de transformações sociais que o sujeito está inserido.

Nesta nova perspectiva a educação permanente é concebida como indo muito mais além do que já se pratica, especialmente nos países desenvolvidos: atualização, reciclagem e conversão e promoção profissionais dos adultos. Deve ampliar a todos as possibilidades de educação, com vários objetivos, quer se trate de oferecer uma segunda ou uma terceira oportunidade, de dar resposta à sede de conhecimento, de beleza ou de superação de si mesmo, ou ainda, ao desejo de aperfeiçoar e ampliar as formações estritamente ligadas às exigências da vida profissional, incluindo as formações práticas (DELORS *et al.* 1996, p.117).

Nesse sentido, é plausível afirmar que a formação inicial não provê todas as necessidades educativas da vida humana, tanto no exercício do trabalho quanto em outras demandas pessoais e íntimas. No que se refere à formação profissional, o relatório orienta ainda que, para o sucesso das ações de formação profissional do século XXI, deverá haver parcerias entre as instituições formadoras ou universidades e as empresas, favorecendo a aproximação necessária entre a formação inicial e a formação contínua (DELORS *et al.* 1996). A formação passou a ser, a partir de então, responsabilidade não só das instituições formadoras; parte desta se daria no âmbito do trabalho.

² A Educação ao Longo de Toda a Vida é entendida como “[...] uma construção contínua da pessoa humana, do seu saber e das suas aptidões, mas também da sua capacidade de discernir e agir. Deve levá-la a tomar consciência de si própria e do meio que a envolve e a desempenhar o papel social que lhe cabe no mundo do trabalho e na comunidade” (DELORS *et al.* 1996, p.103).

2.2 Perspectivas históricas da formação do trabalhador da saúde no Brasil: da concepção de recursos humanos à educação no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho.

Desde a década de 1960 vinha-se discutindo, no Brasil, a formação permanente para os trabalhadores da saúde. Contudo, nesse período essa formação foi influenciada pelo referencial do capital humano³, uma vez que houve um incremento do uso de novas tecnologias, medicamentos, maquinarias e exames complementares e seria necessário ao trabalhador da saúde aprender a lidar com tais novidades. Nesse período, houve um predomínio do “[...] modelo médico assistencial privatista na prestação de serviços de saúde, levando à constituição de empresas capitalistas no setor e consequentemente à maior tecnificação do ato médico e do assalariamento em larga escala de seus profissionais” (LE MOS, 2010, p. 48). Nesse modelo de saúde, predominavam as ações de saúde curativista de lógica hospitalar e de formação em saúde aligeirada, atendendo aos interesses do capital nacional e internacional. Tal modelo predominou até o início da década de 1980, com expansão dos postos de trabalho e a baixa qualificação dos trabalhadores da saúde.

Após a década de 1960, o incremento tecnológico do setor saúde possibilitou o crescimento do complexo médico-hospitalar, com privatização da assistência, tecnificação do ato médico e o assalariamento de grande número de trabalhadores da saúde, e consequentemente a necessidade de lidar com as tecnologias recém-admitidas no setor saúde. O incremento tecnológico desse setor, com o uso extensivo da força de trabalho, levou a necessidade de formação aligeirada para diversos tipos de profissionais da saúde.

Nesse sentido, em 1967 a IV Conferência Nacional de Saúde (CNS)⁴ intitulada *Recursos humanos para as atividades de Saúde* teve como tema central de discussões e conclusões o desenvolvimento dos recursos humanos para a saúde. Antunes (1967) afirma, nos anais da IV CNS, que a acumulação de capital humano não se dá apenas na educação formal, ela continua por toda a vida, e os conhecimentos adquiridos no emprego são muitas vezes mais valiosos que os adquiridos na escola. Para que haja o desenvolvimento dos

³ A Teoria do Capital Humano, criada na década de 1950 nos Estados Unidos da América por Theodore Schultz é entendida como um “[...] componente da produção, decorrente da instrução, é um investimento em habilidades e conhecimentos que aumenta futuras rendas e, desse modo, assemelha-se a um investimento em (outros) bens de produção” (SCHULTZ, 1962 *apud* FRIGOTTO, 2006, p.40). É considerado humano por ser parte do homem e se configura nele, e é capital porque serve ao capital e produz rendimentos futuros para a pessoa em si ou para a organização. O capital humano não é propriedade para ser vendida ou negociável, mas é um elemento para melhorar o poder de barganha do trabalhador (MACHADO, 1989).

⁴ As CNS I, II e III trataram apenas de problemas de saúde da população, como doenças infectocontagiosas e de saneamento básico, e não existem anais sistemáticos das mesmas, apenas os registros dos seus documentos normativos, por isso não puderam ser analisadas com detalhes.

recursos humanos na saúde, a IV CNS explicita que o mesmo se dá na educação formal (escolas primária e média, cursos técnicos e superiores), nos empregos por meio de programas de treinamento sistemáticos das empregadoras e programas de educação de adultos, e por fim pelo autodesenvolvimento, no qual os sujeitos procuram atualização e treinamento por conta própria. Porém, conforme afirma Braga (1967) nos anais da mesma conferência, seguindo as referências do capital humano, o trabalhador da saúde era tratado como um recurso para o desenvolvimento do país.

Pode-se dizer, num amplo sentido, que todas as atividades da Organização Mundial da Saúde estão voltadas para um objetivo único e central: o desenvolvimento dos recursos humanos. Ao adotar a tese de que o homem é ao mesmo tempo recurso, instrumento e objeto do desenvolvimento social e econômico, a OMS reconhece que ele só pode funcionar adequadamente se desfrutar de boa saúde. Entretanto, o grau de desenvolvimento socioeconômico de um país está estreitamente relacionado ao seu contingente de pessoal para as atividades de saúde, à maneira com que esse pessoal é utilizado em benefício da população e, especialmente, ao nível e à qualidade de sua preparação e treinamento (idem, p.47).

A IV CNS torna-se um marco para a formação do trabalhador da saúde, pois deixa clara a importância daquele trabalhador em ter boa qualificação e formação, mas o documento ainda não determina para o Estado a responsabilidade de tal formação, por meio de políticas públicas, mesmo considerando o trabalhador como “recurso” a ser utilizado em benefício da saúde da população e proporcionando desenvolvimento de capital humano para o progresso econômico do país. A Teoria do Capital Humano de Theodore Schultz influenciava sobremaneira a formação de recursos humanos nesse momento histórico.

A discussão da formação do trabalhador da saúde só é novamente retomada na VII CNS em 1980, em que são apresentadas diretrizes para a elaboração de uma política nacional de recursos humanos na saúde e permitir sua real implantação. As orientações para a implantação de tal política estão descritas no subtema de discussão 03 dos anais da VII CNS, que trata do *Desenvolvimento de Recursos Humanos para os Serviços Básicos de Saúde*. Dentre as propostas apresentadas, destaca-se que a criação de uma política visando à formação dos recursos humanos para os serviços básicos de saúde deve ser adequada a implantação do Programa de Extensão de Saúde através de Serviços Básicos (PREVSAÚDE⁵). Este programa orienta que deve acontecer a articulação efetiva dos diversos setores envolvidos e tem como atribuições: integração racionalizada entre a política institucional e o programa; e a instituição de uma política nacional de educação adaptada às

⁵ De acordo com Lemos (2010, p.50) o PREVSAÚDE teve como objetivo a universalização dos cuidados primários de saúde em todo o território nacional por meio da “[...] regionalização e hierarquização, participação comunitária, integralização das ações de saúde, uso de técnicas de simplificação, utilização de pessoal auxiliar e inclusão do setor privado no sistema”.

realidades nacional e regional favorecendo o conhecimento das necessidades básicas de saúde, em todos os níveis de ensino (BRASIL, 1980). A VII CNS orientou diversas ações, pontuais e desarticuladas, para a necessidade de melhorias na formação dos profissionais da saúde, desde os níveis elementares, técnicos e superiores.

No Brasil da década de 1980, o significado atribuído pela OPAS para reestruturação dos serviços por meio da EPS não foi adotado, manteve-se ainda por muitos anos a utilização da expressão *Recursos Humanos para a Saúde*. Segundo Ceccim (2005a), desde a década de 1960, o termo utilizado e tratado nas Conferências Nacionais de Saúde (CNS) para a formulação de políticas para a formação dos trabalhadores da saúde foi “Recursos Humanos da Saúde”, em que os trabalhadores eram tidos como recursos-meio para obter uma atividade-fim: a produção da saúde da população. Essa visão por parte dos governantes predominou até a primeira metade dos anos 2000, como será discutido adiante.

A VIII CNS foi um grande marco para a saúde no Brasil. Realizada em 1986 traçou as bases para reformulação do Sistema Nacional de Saúde e a posterior criação do Sistema Único de Saúde (SUS), com a construção do conceito ampliado de saúde, os princípios doutrinários do SUS, e as formas de financiamento do setor saúde. Os produtos desta conferência orientaram os trabalhos da comissão nacional para a reforma sanitária, e se tornaram redação no texto constitucional no que se refere à saúde no Brasil.

Nos anais da VIII CNS (BRASIL, 1986a) encontra-se que em um Sistema Nacional de Saúde da maneira como foi proposto, deve haver espaço para discussão da formação do trabalhador da saúde, bem como dos aspectos relativos à força de trabalho em saúde. No item 06, que trata do *Reordenamento do Sistema Nacional de Saúde: visão geral*, para a *Reorientação das Políticas de Recursos Humanos na Saúde*, os anais apontam para: definição explícita de políticas nacionais, estaduais e municipais de formação de recursos humanos; reformulação da política de formação de recursos humanos no nível superior, visando adequação qualitativa e quantitativa de egressos para o sistema; desenvolvimento e implementação de programas maciços de educação continuada (EC); estruturação dos órgãos de desenvolvimento dos recursos humanos; dentre muitos outros pontos que não são objeto de estudo nesta pesquisa (NETO, 1986). A VIII CNS, no que se refere à formação de recursos humanos, apontou para a realização de I Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde (I CNRH) ainda no mesmo ano.

A I CNRH teve como tema central a “*Política de Recursos Humanos Rumo à Reforma Sanitária*” e promoveu a discussão da formação dos recursos humanos para a saúde com profissionais da saúde, da educação, do trabalho e da administração. A conferência

discutiu também questões como o preparo dos profissionais para que haja capacitação adequada e conveniente frente à realidade de saúde da população brasileira. Foram temas de debate os planos de cargos, carreiras e salários, isonomia salarial entre as três esferas de governos, ingresso de trabalhadores por meio de concursos públicos, direitos trabalhistas, avaliação de desempenho, dentre outros temas. Estas discussões, iniciadas na VIII CNS, adensaram-se na I CNRH (BRASIL, 1986).

A referida conferência teve como pilar a EC na perspectiva de que esta seja um “[...] processo organizado permanente, sistemático, direcionado a clientela institucionais, com uma política de saúde definida tendo em vista a real necessidade dos usuários” (BRASIL, 1986b, p.28). Contudo, para Montanha e Peduzzi (2010, p.598) a EC foi e continua sendo tradicionalmente desenvolvida no setor saúde por ser uma “[...] continuação ou extensão do modelo escolar e acadêmico; pautada, sobretudo na ciência, como fonte do conhecimento, portanto fundamentada no conhecimento técnico-científico, com ênfase em cursos e treinamentos orientados a cada categoria profissional”. Desse modo, mesmo em face à fragilidade da EC para a formação no trabalho em saúde a partir dela foi possível ampliar o conceito de educação na formação dos trabalhadores da saúde, o qual foi um passo importante para as posteriores discussões. Dentre estas temos:

Que o planejamento seja deslocado para o nível local, para que se planeje para atender as necessidades de saúde, ao invés de planejar a partir dos recursos disponíveis, como vem acontecendo. Que as ações de RH sejam desenvolvidas de forma interligada não somente entre as instituições de saúde, mas também entre as Secretarias de Educação e Universidade. [...] Que se analise outros aspectos ligados às condições de trabalho que possam estar impedindo o bom desempenho, entendendo que treinamento não representa o único fator para melhorar a qualidade e a produção dos serviços de saúde. Que se estabeleça critérios que atendam as necessidades dos servidores em atividades de capacitação (BRASIL, 1986b, p.39).

Tais proposições aderem a algumas das propostas do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira para a instituição de um novo modelo de atenção à saúde no Brasil, em que se buscaram avanços para a formação do trabalhador em uma metodologia de formação adequada aos serviços de saúde, com a preocupação para superação da formação meramente instrumental, para muitos profissionais de nível básico que já atuavam no setor (LEMOS, 2010). Com isso houve a necessidade de uma articulação mais estreita entre as instituições que prestam serviços e aquelas que formam pessoal de saúde.

A década de 1990 foi marcada pela implantação do SUS e a conquista da saúde como um direito de todos e dever do Estado. Além dos novos desafios assumidos, o SUS também deve participar da formação dos trabalhadores da saúde (BRASIL, 1990). Na Constituição Federal (CF) de 1988 o artigo 200, inciso III afirma que compete ao SUS

ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde. E a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8080/1990) nos artigos 6º, inciso III, artigo 14º, parágrafo único, artigo 15º, inciso IX, e artigo 27º, inciso I, também explicitam que a formação dos trabalhadores da saúde é de responsabilidade do SUS, por meio de participação e formulação de política de desenvolvimento de recursos e programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990).

A IX CNS, de 1992, mesmo em meio a um clima político conturbado pelo processo de *impeachment* do então Presidente Fernando Collor de Melo, foi uma demonstração de articulação, organização e compromisso do povo brasileiro com a democracia para a reafirmação do SUS e suas diretrizes. Dentre as discussões que permearam a IX CNS, a reafirmação da necessidade de criação de uma política de recursos humanos para o SUS teve destaque, uma vez que foi observada a necessidade de outra CNRH pós-implantação do SUS para aprofundar a análise de diversos aspectos relacionados à formação do trabalhador da saúde, bem como suas condições de trabalho. Alguns pontos abordados na IX CNS foram: a imediata regulamentação do inciso III do artigo nº 200 da CF; a adequação dos currículos dos profissionais às necessidades socioepidemiológicas em que estão inseridos; a abertura de novos cursos na área da saúde; a instituição de uma política de desenvolvimento, formação e capacitação dos trabalhadores da saúde para não alienação deste trabalhador; dentre outros (BRASIL, 1993).

Em 1993, a II CNRH soou um alarme para a situação dos serviços de saúde, pois as práticas profissionais estavam caóticas, comprometendo os princípios do SUS, face às fragilidades das políticas de formação, do emprego e dos salários.

Os participantes da Conferência reconheceram que a formação de recursos humanos para o SUS tem como entrave a política neoliberal que orientou o processo de reforma do Estado. O resultado dessa política foi a deterioração e o sucateamento do serviço público, a diminuição do financiamento da área social e a tendência a sua privatização. Esta ação política agudizou o problema em relação à formação de recursos humanos competentes e comprometidos com a população (BRASIL, 1994a, p.14).

Desse modo, as estratégias elencadas ao final da II CNRH para a tentativa de alcançar o disposto na CF de 1988 e na Lei 8080 de 1990 foram: revisão das leis de exercício profissional de todas as profissões da saúde, adequando-as às necessidades da população; integração entre as instituições formadoras e as instituições empregadoras para uma efetiva participação do SUS na formação dos profissionais; descentralização das estratégias de desenvolvimento de recursos humanos para os níveis estaduais e municipais; redefinição das competências de cada esfera do governo na ordenação e formação de recursos humanos da

saúde; destinação de percentual mínimo dos recursos do SUS (10%) para a preparação dos recursos humanos; criação de comissões intersetoriais de recursos humanos, vinculados aos conselhos de saúde para avaliação e acompanhamento das ações de formação e desenvolvimento dos profissionais; criação e sistematização de programas de EC; desenvolvimento de programas de capacitação dos trabalhadores da saúde para o desempenho de ações do cotidiano do trabalho, bem como o desenvolvimento de consciência crítica e ética, e dentre outras (BRASIL, 1994a).

A partir dos anais da II CNRH (BRASIL, 1994a) pode-se inferir que o trabalhador da saúde naquele momento não se configurava como ator de seu próprio processo de trabalho, muitas vezes repetindo ações sem a reflexão crítica de suas ações, gerando falta de integração com a equipe, atomização do corpo do usuário (seu objeto de trabalho), e atendimento sem humanização. Assim, a referida conferência propôs também, o desenvolvimento de um processo pedagógico dirigido à equipe multidisciplinar para a compreensão do processo de trabalho como um todo. Esse processo pedagógico ainda apoiava o planejamento do cuidado e ações por meio de problematização, responsabilidade gerencial de cada profissional por seu trabalho, garantia de horários para reuniões para planejamento de avaliação das ações de saúde por toda a equipe e outras ações. Essas ações foram base para posteriores discussões para o desenvolvimento e formação dos profissionais de saúde no país.

Em 1995, durante o governo do então Presidente Fernando Henrique Cardoso, foi publicado o primeiro documento denominado “*Política de Recursos Humanos de Saúde: agenda de prioridades para a ação dos gestores do SUS*” pela Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS. Neste, o item 2.4 relata a *Educação em Serviço dos trabalhadores do SUS*, em que deveriam ser seguidas ações como adoção de metodologias de ensino-aprendizado adequadas com as realidades do trabalho e com as características dos trabalhadores, pela pedagogia da problematização (BRASIL, 1995). Este documento muito rusticamente começou uma importante discussão da política de formação dos profissionais de saúde no Brasil no sentido de fortalecer as situações de trabalho como potencial para a aprendizagem, porém devido aos limites teóricos do documento pouco se pode avançar nesse sentido.

A X CNS, em 1996, traz em seus anais severas críticas ao modelo econômico neoliberal adotado pelo então governo federal e alguns governos estaduais. Esse modelo econômico não deixou avançar as propostas do SUS e as condições sanitárias e as instituições de saúde continuavam em grave crise no Brasil. Os anais ainda trazem um tópico específico que trata dos *Recursos Humanos para a Saúde* e dispõe, principalmente, sobre a política de

recursos humanos, a administração e a formação de força de trabalho para a saúde. E traz entre suas recomendações:

Estabelecer, imediatamente, uma agenda de prioridades para a implantação de política de recursos humanos coerente com os princípios e diretrizes do SUS, que valorize o trabalho na sua qualidade e seus resultados para a população, rompendo a atual situação perversa de má remuneração e não incentivo à qualificação e que construa um pacto ético e solidário entre os gestores, os trabalhadores de saúde e a população (BRASIL, 1998, p.14).

Nesta conferência, há também a orientação e apresentação de princípios básicos para a elaboração de uma Norma Operacional Básica sobre os Recursos Humanos para a Saúde (NOB/RH) pelo Ministério da Saúde (MS) num prazo de 90 dias a contar da divulgação do relatório final da mesma, para a regulamentação das ações das três esferas de governo no que se refere à formação e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde, incluindo uma agenda de prioridades para a implantação da Política de Recursos Humanos para a Saúde. É ainda usado nesta conferência o termo EC para as ações de qualificação, treinamento das equipes e trabalhadores da saúde no país (BRASIL, 1998).

Em 1998, como previa o relatório da X CNS, foi elaborada e divulgada a primeira versão do documento “Princípios e Diretrizes para a NOB/RH-SUS”. A segunda versão foi publicada em 2000, como resultado de discussão entre especialistas a partir da primeira versão. E em 2004 é publicada a terceira e mais atual versão da NOB/RH-SUS, com a adoção de terminologias discutidas em reuniões da Comissão Intersectorial de Recursos Humanos. Os princípios básicos não foram modificados desde a primeira versão e a versão mais atual traz como contribuições para o documento capítulos sobre a “Fundamentação” para o estabelecimento dos Princípios e diretrizes para a NOB/RH-SUS, “Conceitos Básicos” nela existente, e “Princípios e Diretrizes para a Gestão no Trabalho no SUS”. Os demais princípios preservados desde a versão original são: “Princípios e Diretrizes da Política de Desenvolvimento do Trabalhador para o SUS”, “Princípios e Diretrizes da Política de Saúde Ocupacional do Trabalhador do SUS” e “Princípios e Diretrizes para o Controle Social da Gestão do Trabalho no SUS” (BRASIL, 2005a). A implementação destes princípios é um processo que ainda está em construção, e esbarra na dificuldade histórica de políticas públicas para a formação e desenvolvimento do trabalhador no Brasil.

Em 2000, na XI CNS, novamente houve críticas à formação profissional no Brasil, pois para os conferencistas tal formação continuava fragmentada dos princípios do SUS, tão pouco estava alinhada às necessidades da população.

A educação na área da saúde nunca foi tão enfatizada. E não se trata mais de formar pessoal competente tecnicamente, mas profissionais que tenham vivido e refletido

sobre o acesso universal, a qualidade e humanização na Atenção à Saúde, com Controle Social (BRASIL, 2001, p.42).

Nesta conferência grande ênfase foi dada ao tema “Recursos Humanos”, e seis eixos de formulação de políticas podem ser destacados: Política Nacional de Recursos Humanos para o SUS; Desenvolvimento de Trabalhadores em Saúde; Política de Saúde; Formação de Pessoal para a Saúde; Relações de Trabalho; e Processos de Educação para o SUS. No eixo de Formação de Pessoal para a Saúde, retoma-se a discussão da necessidade de regulamentar o inciso III do artigo nº 200 da CF, bem como o redimensionamento do papel das universidades e escolas técnicas na formação dos profissionais para o fortalecimento do SUS, e por fim a educação contínua em saúde. Reafirma-se ainda a necessidade de efetiva implantação da NOB/RH-SUS. Dentro do eixo de Desenvolvimento de Trabalhadores em Saúde, o termo educação permanente aparece pela primeira vez nos documentos oficiais, porém ainda valorizando a formação contínua dos “*Recursos Humanos para a Saúde*”, a fim de melhorias na qualidade técnico-assistencial e das condições de saúde da comunidade (BRASIL, 2001).

A XII CNS, ocorrida em 2003, no início do governo do então presidente Luís Inácio Lula da Silva, é também chamada Conferência Sergio Arouca em homenagem a este importante sanitarista que muito contribuiu para a reforma sanitária brasileira e a implementação dos princípios doutrinários do SUS, falecido durante os seus preparativos. Nesta conferência é adotado o termo “*Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde*”, em substituição ao já muito utilizado “*Recursos Humanos para a Saúde*”. Tal mudança de nomenclatura marca as estratégias para a gestão do trabalho adotadas a partir de então, cabendo ao MS propor e acompanhar “[...] políticas de gestão do trabalho e de regulação profissional, de negociação do trabalho em saúde, junto com outros segmentos do governo e os trabalhadores, e o incentivo à estruturação de uma política de gestão do trabalho nas três esferas de governo [...]” (BRASIL, 2004a, p. 115), tomando por base as diretrizes e princípios da NOB/RH-SUS. Nos anais desta conferência, encontram-se afirmações para o abandono da visão ora prevalente de que os trabalhadores da saúde eram recursos de um sistema de saúde, e que as mudanças requeridas para a melhoria da saúde da população perpassam pela adesão de trabalhadores envolvidos nesse processo e comprometidos com a qualidade do trabalho, e por vezes essa qualidade vai muito além de capacitações, treinamentos e salários (BRASIL, 2004a). As mudanças na nomenclatura e no conceito para formação do trabalhador da saúde no Brasil marcaram este período com expectativas de efetivas melhorias das condições de trabalho e de formação destes trabalhadores.

Então, somente a partir de XII CNS que há a construção e disseminação do conceito da EPS no Brasil, pela instituição dos Polos de Educação Permanente (PEPs) para o fortalecimento de “[...] uma política de educação permanente em saúde levando em conta a relação entre educação e trabalho, a mudança na formação e a produção de conhecimento e a recomposição das práticas de atenção, gestão, ensino e controle social no setor da Saúde” (BRASIL, 2004a, p. XXX). Nos anais da XII CNS tem-se no eixo temático VII “*O Trabalho na Saúde*” as diretrizes gerais para a gestão do trabalho e educação na saúde, e orientações para: regulamentação de vínculos e despreciação do trabalho em saúde; as relações de trabalho e saúde do trabalhador da saúde; regulamentação das profissões; gestão da educação na saúde; formação dos profissionais de saúde; e educação permanente e educação em serviço. Os anais e as discussões que culminaram durante e após a XII CNS, foram base para a posterior criação da PNEPS no Brasil.

No mesmo ano, o governo cria a Secretaria de Gestão do Trabalho e Gestão na Saúde (SGTGS) com a qual assume o papel de gestor federal do SUS para o ordenamento das ações de formação e a educação permanente do trabalhador da saúde no país, a qual irá participar efetivamente da

formulação das políticas relativas à formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde em todos os níveis de escolaridade, à capacitação de profissionais de outras áreas e da própria população para favorecer a articulação intersetorial, a gestão social das políticas públicas de saúde e o controle social no Sistema Único de Saúde e, ainda, à interação com a escola básica no tocante aos conhecimentos sanitários e sobre o SUS (BRASIL, 2003, p. 01).

A SGTGS tem como premissas o encontro das práticas formativas com as práticas de atenção e de gestão na área de saúde, proporcionando o controle social⁶.

A proposta de que a educação em serviço seja uma política pública para o SUS foi divulgada, em 2003 pelo documento “*Políticas de formação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde*”, que define que a EPS é um processo de educação profissional que tem o trabalho em saúde como eixo definidor da ação pedagógica, a fim de atender as necessidades de formação dos trabalhadores em saúde e “[...] propõe que a transformação das práticas profissionais deve estar baseada na reflexão crítica sobre as práticas de profissionais reais em ação na rede de serviços” (BRASIL, 2003b, p.03). Assim, as capacitações e formação em serviço devem acontecer por meio da problematização do processo de trabalho, com o objetivo de transformar as práticas profissionais e a organização

⁶ O controle social é uma premissa importante ao se discutir a EPS no Brasil, pois está entre as diretrizes do SUS, contudo de acordo com os objetivos desta pesquisa, optou-se não adentrar em tal discussão.

do trabalho. “A formação e desenvolvimento englobam aspectos de produção de subjetividade, de habilidades técnicas e de conhecimento do SUS” (idem).

Para Ceccim e Feuerwerker (2004) e Ceccim (2005a), a EPS deve ser entendida como uma educação que possa favorecer a formação e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde, tanto em processos individuais, coletivos e institucionais, na produção da saúde e em equipe multiprofissional e interdisciplinar, com a lógica ascendente, descentralizadora e transdisciplinar, favorecendo o chamado quadrilátero da formação para a área da saúde em que ensino, gestão, atenção e controle social estão incluídos no processo de formação do trabalhador. Nesse sentido, a EPS parte da democracia institucional, do desenvolvimento da capacidade de aprendizagem, do trabalho em equipe, da problematização do processo de trabalho em consonância com as demandas de saúde dos usuários, pela participação popular.

Seguindo os movimentos internacionais e os nacionais para a instituição da EPS já referidos, no Brasil foi promulgada a Portaria nº 198 do Gabinete do Ministro/Ministério da Saúde (GM/MS), em 13 de fevereiro de 2004, que instituiu a PNEPS para a formação e desenvolvimento dos trabalhadores do SUS. Tal política considera que a

[...] Educação Permanente é o conceito pedagógico, no setor da saúde, para efetuar relações orgânicas entre ensino e as ações e serviços e entre docência e atenção à saúde, sendo ampliado, na Reforma Sanitária Brasileira, para as relações entre formação e gestão setorial, desenvolvimento institucional e controle social em saúde; [...] a Educação Permanente em Saúde realiza a agregação entre aprendizado, reflexão crítica sobre o trabalho e resolutividade da clínica e da promoção da saúde coletiva (BRASIL, 2004b, p.01).

A PNEPS teve como seu primeiro objetivo, identificar as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde (BRASIL, 2004b). Dessa forma a EPS passou a ter, a partir de então, grande importância para a formação dos trabalhadores da área da saúde no país.

Em publicação de 2005 que traz os “*Documentos preparatórios para 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde: trabalhadores da saúde e a saúde de todos os brasileiros: práticas de trabalho, gestão, formação e participação*” é explicitado que para o sucesso da 3ª conferência é fundamental entender a postura da Política de Educação e Desenvolvimento em Saúde para o SUS, ao assumir a concepção da EPS em detrimento da concepção da EC. Segundo tal documento esta última representa a soma e a acumulação de conhecimentos ao longo dos tempos, enquanto a EPS procura fazer uma ponte entre o repensar o processo de formação e repensar o processo de trabalho. Desse modo, a EPS não tem como objetivo acumular, mas transformar o trabalho, os trabalhadores de saúde e a participação social (BRASIL, 2005b).

Em 2006, a 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (3ª CNGTES), tentando dar seguimento ao processo iniciado nas I CNRH e II CNRH, critica a pedagogia tradicional de transmissão de conhecimentos de um professor a aluno, no qual o aluno é receptor passivo das informações, impossibilitando-o de agir e pensar de forma crítica e reflexiva. Desse modo, encontra-se nos anais da 3ª CNGTES a afirmação: “Pode-se dizer que a década de 1990 foi a década perdida para os trabalhadores da saúde, por várias razões” (BRASIL, 2006a, p.21), pois poucas ações efetivas para a formação e desenvolvimento dos trabalhadores foram criadas e efetivadas. A NOB/RH-SUS, reeditada em 2004, torna o foco para a centralidade do trabalho em saúde, para o trabalhador, para a valorização profissional e para a regulação das relações de trabalho, porém a mesma ainda pouco efetiva, tendo em vista que o que imperou na década de 1990 foram antipolíticas de recursos humanos, com precarização das relações e vínculos de trabalho, terceirizações e abertura de vários cursos na área da saúde sem vínculo às reais necessidades da população. Considera-se a década de 1990 como uma década perdida para os trabalhadores dos SUS, uma vez que, a despeito das diversas tentativas de consolidação dos princípios doutrinários do SUS não houve empoderamento de um dos principais atores do sistema de saúde brasileiro, os trabalhadores da saúde.

Com as mudanças de governo, a publicação da PNEPS, em 2004, e as mudanças de conceitos para tratar a formação dos trabalhadores da saúde no país, inicia-se um novo período de busca de conquistas, valorização profissional e protagonismo destes trabalhadores da saúde. Desse modo, a EPS passou a situar-se “[...] num contexto de uma virada no pensamento da educação profissional, na qual o processo de trabalho é revalorizado como centro privilegiado da aprendizagem” (RIBEIRO; MOTTA, 1996 *apud* BARBOSA, 2008, p.39).

O objetivo central dessa proposta é **a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, tomando como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde**. Sublinha-se, nesta concepção, que a atualização técnico-científica é apenas um dos aspectos de transformação das práticas e não seu foco central, em contraposição ao conceito de “educação continuada”, em que o conhecimento preside e define as práticas (BRASIL, 2006a, p.42, grifo do autor).

Em 2007, foi publicada a Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007, que dispõe sobre as diretrizes para a implementação da PNEPS, a qual reformulou as diretrizes e estratégias para a implantação da política, adequando-a às diretrizes operacionais e o Pacto

pela Saúde⁷, mantendo o mesmo conceito de EPS tratado no documento anterior (BRASIL, 2007). Uma das maiores mudanças em relação a PNEPS, que distingue as publicações de 2004 e 2007, foi a condução das ações de EPS dos PEPs, para os Colegiados Gestão Regional (CGR) por meio das Comissões de Integração Ensino Serviço (CIES), atendendo às exigências do Pacto pela Saúde no que concerne à regionalização e descentralização das ações, e a criação de planos estaduais e municipais de EPS, para estados e municípios (regionalização e descentralização também são princípios doutrinários do SUS).

Em novembro de 2007, na XIII CNS dentro do eixo II que trata das “*Políticas públicas para a saúde e qualidade de vida: o SUS na Seguridade Social e no Pacto pela Vida*” observa-se orientações para que o MS articulado com as secretarias estaduais devem: garantir financiamento tripartite considerando as diretrizes da PNEPS, com reorganização do processo de trabalho para a integralidade da atenção e melhoria da qualidade da atenção prestada à população; estabelecimento de parcerias com universidades, hospitais universitários, instituições federais, estaduais e municipais e outras instituições para o treinamento e capacitação dos trabalhadores do SUS; implantação plena da Portaria nº 1996/2007 com disponibilização de recursos financeiros para a EPS, descentralizada para gestores e trabalhadores, de acordo com as especificidades de cada profissão; proporcionar por meio de políticas públicas o acesso a qualificação e conhecimento, com cursos profissionalizantes ou de qualificação profissional para todos os trabalhadores do SUS; promover a integração dos processos de formação e desenvolvimento, formando Núcleos de Educação Permanente multiprofissionais e interdisciplinares; apoio dos MS e secretarias estaduais à qualificação e capacitação, inclusive em níveis de pós graduação *lato sensu* e *strictu sensu* para a reflexão dos problemas do mundo do trabalho, buscando a valorização profissional e ressignificação das práticas; fortalecimento das ações de EPS de metodologias que valorizem a formação do sujeito por meio de diálogo, troca de conhecimentos e outras metodologias ativas; e o fortalecimento das CIES como espaços de formulação da política de EPS em apoio as três esferas de governo, entre outras aprovações para o ordenamento e formação dos trabalhadores da saúde no Brasil (BRASIL, 2008).

Em 25 de novembro de 2009, a Portaria nº 2953 do GM/MS definiu os recursos financeiros para a PNEPS em território nacional determinando que as despesas de ações de EPS correriam por orçamentos da União, e apoiou as ações constantes dos Planos Estaduais

⁷ O Pacto pela Saúde estabeleceu metas para melhoria em todos os níveis de atenção, consolidando o SUS em seus três componentes: Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e em Gestão, em que a educação em saúde e a educação permanente em saúde são amplamente citadas com orientações das responsabilidades de cada esfera do governo, bem como a previsão orçamentária para as ações de educação (BRASIL, 2006b).

de EPS pactuados pelas Comissões Intergestores Bipartite (CIB). Esta portaria também reafirma quais as ações de EPS que devem constar nos Planos Estaduais e as quais estão amparadas na Portaria nº 1996/2007 (BRASIL, 2009).

Em 2011, na XIV CNS, dentre as propostas aprovadas para a “*Diretriz 3: vinte anos de subfinanciamento: luta pelo recursos necessário para o SUS*”, tem-se: “Fortalecer o financiamento da Política de Educação Permanente em Saúde para gestores, trabalhadores de saúde, e integrantes do controle social, com a participação das três esferas de governo” (BRASIL, 2012a, p.32). E, na “*Diretriz 6: por uma política nacional que valorize os trabalhadores da saúde*”, percebe-se a contínua tentativa de fortalecimento da formação e desenvolvimentos dos trabalhadores da saúde, por meio de garantia de que a EPS seja uma estratégia de qualificação de profissionais e gestores do SUS, o fortalecimento da PNEPS para as três esferas de governo e para os diferentes níveis de assistência, a implantação e implementação de políticas de valorização profissional com melhoria das condições de trabalho e implantação do plano de cargos, carreiras e salários. Enfim, na XIV CNS encontra-se que para fortalecer a Política de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, deve-se promover a valorização e qualificação para os trabalhadores da saúde, fortalecendo as ações de EPS de acordo com as necessidades de tais trabalhadores e as necessidades das populações (BRASIL, 2012a).⁸

Em 2014, o Governo Federal publicou a Portaria GM/MS nº 278, em 27 de fevereiro, para implementação da PNEPS no âmbito do MS, a qual expressa que a EPS deve se basear na aprendizagem significativa⁹ (o termo e conceito estão descritos, no artigo 2º, incisos I e II) para promover a aprendizagem no trabalho. Tal proposta, já era prevista na portaria publicada em 2007, contudo estava descrita apenas no anexo II, que tratava das diretrizes operacionais para a implantação das CIES, expressando a EPS e sua relação com o trabalho, e com as práticas de formação e desenvolvimento profissional, de forma não tão explícita. O artigo 4º que trata das diretrizes para a EPS, explicita que para promover aprendizagem significativa devem-se adotar metodologias críticas e ativas para a aprendizagem no trabalho (BRASIL, 2014a).

⁸ A XV CNS foi realizada entre 01 e 04 de dezembro de 2015 e ainda não foram localizados seus anais para análise nesta pesquisa.

⁹ A aprendizagem significativa foi um termo introduzido na PNEPS com vistas à adoção de metodologias ativas para o processo ensino-aprendizagem. Foge ao escopo desta pesquisa fazer uma análise minuciosa e detalhada dos preceitos pedagógicos que sustentam tal política. Sobre a aprendizagem significativa consultar: AUSUBEL, D.P. *Aquisição e retenção de conhecimentos: uma perspectiva cognitiva*. Tradução Lígia Teopisto. Plátano Editora, Lisboa, 2003.; MOREIRA, M.A.; MASINI, E.F.S. *Aprendizagem significativa: a teoria de David Ausubel*. São Paulo, 1982. 109p.

As três portarias que regulamentam a PNEPS no Brasil serão discutidas mais amplamente no subitem a seguir.

2.3 EPS no contexto do SUS: a evolução da PNEPS

Como já mencionado, em 2003 foi criada a SGTES do Departamento de Gestão da Educação na Saúde, órgão que assumiu a ordenação e formação dos trabalhadores da saúde em âmbito nacional. Uma das primeiras ações desta secretaria foi a publicação da Portaria do GM/MS nº 198/2004, instituindo a PNEPS para a formação e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde. Em seu anexo II, que trata das *Orientações e Diretrizes para a Operacionalização da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores para o setor*, encontra-se a seguinte explicitação do que seria a sua proposta:

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde é uma proposta de ação estratégica que visa a 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. A implantação desta Política implica em trabalho articulado entre o sistema de saúde (em suas várias esferas de gestão) e as instituições de ensino, colocando em evidência a formação e o desenvolvimento para o SUS como construção da Educação Permanente em Saúde: agregação entre desenvolvimento individual e institucional, entre ações e serviços e gestão setorial e entre atenção à saúde e controle social (BRASIL, 2004b, p.10).

Desse modo, a PNEPS deve ser articulada com as “[...] necessidades e possibilidades de desenvolver a educação dos profissionais e a capacidade resolutiva dos serviços” (BRASIL, 2004b, p.08). Parte-se do entendimento proposto pela OPAS de que a EPS é a educação no trabalho, para o trabalho e pelo trabalho, com problematização dos processos de trabalho em consonância com as necessidades de formação dos trabalhadores e as necessidades de saúde das populações.

Ficou estabelecido nesta portaria que a condução da PNEPS se daria interinstitucional e loco-regionalmente, pelos denominados PEPs. Estes polos foram instâncias loco-regionais para a dispersão da EPS, por meio da articulação, negociação, diálogo e pactuação interinstitucional, em rodas de debate e negociação coletivas (BRASIL, 2005c).

A interinstitucionalidade e a locorregionalização expressam a diversidade de atores sociais envolvidos no processo da educação permanente, quer seja como dirigentes, profissionais em formação, trabalhadores, usuário das ações e serviços de saúde ou estudantes. A partir deles é que se podem definir as exigências de aprendizagem em cada equipe, serviço e esfera de gestão (CECCIM; FEURWERKER, 2004, p.52).

Entre as funções dos PEPs descritas na PNEPS encontram-se sete linhas de atuação, a saber: I- identificação das necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores, a partir de processos que qualifiquem a atenção e gestão em saúde; II- mobilização da formação de gestores para a integração na rede de cuidados progressivos em saúde; III- proposição de políticas de formação com base nos princípios e diretrizes do SUS; IV- articulação e estimulação da formação no âmbito do SUS e das instituições de ensino, por meio da criação de diretrizes curriculares nacionais para os cursos da área da saúde; V- formulação de políticas de formação de gestores do SUS para o seu fortalecimento docente e gestor; VI- estabelecimento de áreas de negociação entre os atores do SUS (gestores, trabalhadores, estudantes e docentes) dentro de sua instância loco-regional; e, VII- estabelecimento de relação cooperativa entre as diferentes instâncias loco-regionais (BRASIL, 2004c).

Os PEPs seriam compostos por diversos atores da saúde como: gestores do SUS, instituições de ensino (desde os níveis técnicos e superiores), núcleos de saúde coletiva, hospitais de ensino, estudantes, trabalhadores da saúde, conselhos municipais e estaduais de saúde e movimentos sociais ligados à saúde das populações da referida instância loco-regional (BRASIL, 2004b).

“O Polos de Educação Permanente em Saúde para o SUS se caracterizam como gestão colegiada e tem natureza política e crítico-reflexiva” (BRASIL, 2004b, p.11). Coube nesse momento ao colegiado de gestão a responsabilidade pela elaboração de propostas, estratégias locais, problematização conceitual e das prioridades institucionais, avaliação de metodologia pedagógica, entre outras, pressupondo a interação ensino e serviço, formação e gestão setorial, e entre desenvolvimento institucional e controle social. Foram definidas, no anexo II da referida portaria, as bases para a constituição dos PEPs para o SUS, a gestão colegiada dos mesmos, as funções do colegiado de gestão do PEPs para o SUS. O documento contém ainda, orientações básicas para a acreditação dos projetos de EPS pelos PEPs (BRASIL, 2004b).

Os PEPs foram considerados não como espaços executores, mas espaços de pactuação e articulação institucional, pois os diversos atores que o compunham deveriam encontrar-se em situação de igualdade para a execução das ações e projetos de EPS propostos. De acordo com Ceccim (2005a), passados 16 meses da publicação da portaria que regulamentou a PNEPS, podiam ser contadas 105 instâncias loco-regionais e interinstitucionais de gestão da EPS em todo o país, deixando de ser apenas uma proposta política e efetivando-se como uma política do SUS.

No que concerne ao financiamento das ações desenvolvidas pelos PEPS, a portaria de 2004 determina, por meio de uma planilha, os critérios e valores para primeira distribuição dos recursos do MS para os projetos dos Polos, segundo o teto previsto na mesma e com base nas ações prioritárias estabelecidas para cada loco-região. Dois eixos de ação muito discutidos à época foram a “Formação de tutores/facilitadores/orientadores para a educação permanente nas áreas de gestão e atenção à saúde” e a “Especialização em Saúde da Família para equipes regulares e para equipes especialmente conformadas para atenção às áreas remotas, de difícil acesso ou difícil provimento e fixação de profissionais” (BRASIL, 2004b, p.21).

Para Lemos (2010, p. 63) o curso de facilitadores da EPS teve a intenção de

[...] desenvolver a capacidade de descentralização pedagógica para o setor saúde, tendo sido formados aproximadamente 9.000 facilitadores. Neste projeto, também houve problemas, principalmente na seleção de facilitadores que não estavam vinculados diretamente aos serviços, descaracterizando a proposta de EPS.

Entre os entraves para a real implementação dos projetos dos PEPS observou-se duas situações importantes: dificuldades para o real financiamento dos projetos, uma vez que a burocracia dos trâmites delongava a aprovação, especialmente aqueles que advinham de financiamentos e parcerias com órgão internacionais; e impasses para romper com a lógica anterior de “pacotes” de cursos oferecidos pelas universidades e parcerias do SUS para a formação dos profissionais da saúde, uma vez que os serviços e os profissionais não estavam acostumados a serem os planejadores das ações de EPS.

Para Bravin (2008) essa instituição dos PEPs proporcionou, sobretudo, a ampliação do universo de atores no planejamento das ações de educação para a formação dos trabalhadores da saúde, e definiu os elementos constitutivos do quadrilátero da formação (ensino, serviço, gestão e controle social) atribuindo a sustentação da política de EPS no Brasil. O autor afirma que a PNEPS pode ser considerada:

[...] como uma política regulatória que busca determinar novas “regras do jogo”, alterando as condições gerais sobre as quais vinham sendo negociadas as ações de educação na saúde. Lembramos que, até a sua instituição, várias ações de capacitação estavam dispersas entre as diferentes áreas e setores do Ministério da Saúde, vinculadas aos diversos programas de ação desenvolvidos (idem, p.72).

Contudo, em 2006, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) realiza avaliação da primeira fase de implantação da PNEPS e destacou:

Descontinuidade do funcionamento do programa; ausência de critérios pactuados para avaliar projetos, com geração de discricionariedade por parte da equipe técnica responsável por isso; recentralização da decisão: a equipe técnica do MS decide o que é ou não prioridade, que já foi pactuado antes em todas as instâncias estaduais, como os PEPs, a CIB, o CES e a negligência da participação da gestão estadual.

Todas essas tensões envolviam ainda o problema da descontinuidade do financiamento (LEMOS, 2010).

Para Bravin (2008) alguns eventos políticos também influenciaram as posteriores mudanças e readaptações da PNESP. Em 2005, houve mudança na base de sustentação do Governo Federal com a ampliação de atuação do PMDB para aumentar a governabilidade. Com essa medida, alguns ministérios que antes estavam com os petistas foram substituídos por pemedebistas. Entre as substituições, tem-se a troca do Ministro da Saúde Humberto Costa (PT) por Saraiva Felipe (PMDB), o qual instituiu diversas mudanças em várias secretarias do MS, inclusive na SGTES.

Todo esse contexto culminou na revisão da Portaria nº 198/2004, e a consequente publicação da Portaria nº 1996 GM/MS em 20 de agosto de 2007, a qual dispõe diretrizes para a implementação da PNEPS. A referida portaria mantém o conceito da EPS tratado na portaria de 2004, porém considera a Portaria nº. 399/GM de 22 de fevereiro de 2006, que institui as diretrizes operacionais do Pacto pela Saúde, e a Portaria nº. 699/GM de 30 de março de 2006, que regulamenta as diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão, para a definição de novas diretrizes e estratégias para a implementação da PNEPS, adequando-a ao Pacto pela Saúde (BRASIL, 2007).

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde deve considerar as especificidades regionais, a superação das desigualdades regionais, as necessidades de formação e desenvolvimento para o trabalho em saúde e a capacidade já instalada de oferta institucional de ações formais de educação na saúde (idem, p.02).

Desse modo, esta portaria modificou a condução regional da PNEPS dos PEPs para os CGR por meio das CIES, as quais já são previstas no artigo nº 14º da Lei 8080/1990. Os CGR têm atuação considerando as especificidades locais nas três esferas de governo, sendo os responsáveis pela elaboração do Plano de Ação Regional de EPS (PAREPS) coerente com os planos estaduais e municipais de EPS de cada referida região. A portaria considera que as CIES “[...] são instâncias intersetoriais e interinstitucionais permanentes que participam da formulação, condução e desenvolvimento da Política de Educação Permanente em Saúde previstas no Artigo 14 da lei 8080/90 e na NOB/RH – SUS” e que os CGR “[...] são as instâncias de pactuação permanente e co-gestão solidária e cooperativa, formadas pelos gestores municipais de saúde do conjunto de municípios de uma determinada região de saúde e por representantes do(s) gestor(es) estadual(ais)” (idem, p.03).

Aos CGR compete: a construção coletiva dos PAREPS para a região; a submissão deste plano à CIB para homologação; a pactuação de recursos financeiros no âmbito regional para a implementação do plano; incentivo à participação nas CIES dos seus membros;

acompanhamento e monitoramento das ações de EPS nas regiões; avaliação da composição, dimensão e trabalho das CIES e propor alterações nas mesmas, caso necessário (idem).

Os membros que compõem as CIES são: os gestores, os serviços de saúde, as instituições de formação, os trabalhadores da saúde, os movimentos sociais e os conselhos de saúde. Entre suas atribuições destacam-se: apoiar e cooperar com os CGR para a criação do PAREPS; articular junto às instituições a proposição de ações para o desenvolvimento e formação dos trabalhadores da saúde; contribuir para o acompanhamento e avaliação das ações desenvolvidas pelo PAREPS. A portaria ainda refere que os CGR, assim como as CIES, devem responder às determinações da regionalização impostas pelo Pacto pela Saúde, com estreito vínculo às decisões e atribuições da CIB, por meio do qual se pode elaborar e aprovar a Política e o Plano de EPS Estadual (idem).

Ainda de acordo com a Portaria nº 1996/2007, a SGTES poderá propor indicadores de avaliação da PNEPS integrados aos indicadores do Pacto pela Saúde, e pelo acompanhamento das responsabilidades assumidas pelas esferas de governo nos Termos de Compromisso de Gestão. O financiamento da PNEPS se dá pelo Bloco de Gestão do SUS, instituído pelo Pacto pela Saúde, pelo gestor federal aos fundos da unidade federada, após pactuação na CIB, “[...] serão transferidos pelo Fundo Nacional de Saúde, de forma regular e automática, aos respectivos Fundos de Saúde” (BRASIL, 2007, p.07).

A portaria traz três anexos. O anexo I, trata das fórmulas e critérios para a alocação orçamentária da PNEPS. O anexo II, trata com mais clareza e exatidão as diretrizes operacionais para a constituição e funcionamento das CIES. Este anexo reforça o conceito da EPS, a necessidade de mudanças na formação profissional a partir da problematização dos processos de trabalhos enfrentados pelos trabalhadores da saúde e insere a discussão da aprendizagem significativa como forma de elaboração das práticas. E, por fim, o anexo III traz diretrizes e orientações para a formação dos trabalhadores de nível técnico no SUS. Para Lemos (2016, p.919, grifo do autor),

Ao dar destaque à problematização e à aprendizagem significativa, com desvalorização do ensino de *repasse de ideias*, a PNEPS enaltece o lema *aprender a aprender* que se incorpora à dinâmica da micropolítica do trabalho, valorizando as tecnologias leves. O lema *aprender a aprender* carrega em si a ideia de uma autonomia, que daria ao aprendiz a possibilidade de aprendizagem ao longo da vida.

Arrieche (2010) e Costa (2014) afirmam com seus estudos que as práticas educativas para formação em saúde que não partem das demandas do trabalho mantêm a concepção tecnicista, tradicional e verticalizada dos processos educativos. Ao manter tais

concepções, perde-se a conexão entre o trabalho e o ensino e fragiliza-se a necessidade da participação profissional na elaboração dos temas e negociações requeridas pela PNEPS.

A grande marca dessa PNEPS é a institucionalização, uma vez que os serviços de saúde passam a ser o grande planejador das ações educativas, buscando envolver os trabalhadores nesse planejamento, enquanto as faculdades e universidades, historicamente desencadeadoras desse processo, passam a ser apenas apoiadoras. Contudo, observa-se que relegar às instituições historicamente formadoras um papel de secundário no processo de planejamento das ações de EPS, pode implicar em maior fragmentação do processo de formação, contrapondo-se à noção estabelecida pela portaria de 2007 de fortalecimento das CIES (LEMOS, 2010). Nesse sentido, Faria (2008) afirma que o que muitas vezes está para aglutinar (como uma política de formação profissional), acaba levando à fragmentação das ações, resultando na descontinuidade das políticas e programas sociais na administração pública brasileira. A grande rotatividade de profissionais no setor saúde também dificulta o compromisso social com os projetos e com sua efetiva implementação e continuidade.

Em estudos realizados para avaliar a implantação da PNEPS Freitas (2011) e Rangel (2014) afirmam que a grande maioria das ações de EPS reporta ainda à prática instrutiva aos trabalhadores, pautada em condutas pré-definidas, sendo conduzidas de forma descendente. Ou seja, as decisões são tomadas pelos gestores e não em conjunto com os trabalhadores da saúde, impossibilitando a construção coletiva e “[...] a transformação das práticas e processos de trabalho” (FREITAS, 2011, p.67). Desse modo, observar-se

[...] a necessidade de interlocução entre trabalhadores, gestores e unidades formadoras para que os espaços participativos que hoje permeiam vários setores da sociedade (...) possam ter contribuições de diversos saberes e assim possibilitar novas ações em prol da formação e do desenvolvimento dos trabalhadores da saúde pública (SMAHA, 2011, p.126).

Para a mesma autora (idem), embora muitos projetos tivessem o intuito de qualificar os trabalhadores, a dinâmica e a metodologia das ações não estavam de “[...] acordo com as diretrizes, pois são propostas fragmentadas e sem reflexão *a priori* dos trabalhadores, com levantamentos de demandas” (idem, p.123), os quais abrangem, na maioria da vezes, problemas emergentes por meio de palestras instrutivas ofertadas aos profissionais. Os treinamentos de curta duração ainda são recorrentes nos serviços de saúde, para sanar problemas muitas vezes pontuais, contrariando os elementos de reflexão sobre o processo de trabalho e a construção coletiva presentes na PNEPS (BARRETO, 2010).

Estas pesquisas demonstram a ainda frágil integração do quadrilátero da formação previsto pelas CIES, em que ensino, serviço, gestão e controle social devem estar implicados

e inseridos no processo de formação dos trabalhadores da saúde, em todos os espaços de formação.

Observadas estas dificuldades de implantação, operacionalização e efetivas mudanças na formação dos trabalhadores da saúde, o MS disponibilizou outra estratégia para o desenvolvimento dos trabalhadores do MS (sede e unidades descentralizadas), em 2014, com a publicação pelo GM/MS da Portaria nº 278, em 27 de fevereiro, que institui as diretrizes para a implementação da PNEPS no âmbito do MS para fortalecer a política de desenvolvimento daqueles trabalhadores (BRASIL, 2014a). A publicação dessa portaria surgiu da necessidade de desenvolvimento destes profissionais, pois de acordo com o documento que cria a *Agenda 2014 da Educação Permanente em Movimento para os trabalhadores de Brasília (DF) e das unidades descentralizadas do MS*, “Nosso desafio é superar um histórico de atendimento apenas aos processos de educação continuada dos trabalhadores do MS com base nas demandas individuais de capacitação, em detrimento de ações de Educação Permanente em Saúde” (BRASIL, 2014b, p.05).

Como é próprio do Estado Brasileiro, a atuação nas políticas públicas se dá de forma conjunta entre os entes federados, porém respeitando a autonomia de cada um. A Portaria nº 278/2014 expressa essa autonomia do MS em reelaborar a Política de EPS no seu âmbito e para os trabalhadores do MS, contudo abre espaços para a discussão de pontos elencados na mesma e que não estão tão claramente expressos na então vigente PNEPS de 2007 para os demais serviços de saúde. Desse modo,

Para apoiar a construção de conhecimentos, habilidades e atitudes, as ações educativas devem ser compreendidas para além do sentido clássico da aquisição de conhecimentos técnico-científicos referidos a uma dada profissão e aplicados a uma dada realidade, como um processo de produção de sujeitos críticos e reflexivos, transformação da realidade, constituição de modos de existência e criação de novas formas de gestão dos processos de trabalho (BRASIL, 2014b, p.07).

Tal documento expressa a incorporação da referência estratégica da EPS, que articula os princípios e diretrizes do SUS aos elementos essenciais para a aprendizagem no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho.

Nesta portaria, o conceito de EPS é ampliado em relação à concepção da OPAS, com a incorporação da aprendizagem significativa em sua definição, como pode ser observado a seguir:

I - Educação Permanente em Saúde (EPS): aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho, baseando-se na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas dos trabalhadores da saúde; II - aprendizagem significativa: processo de aprendizagem que propicia a construção de conhecimentos a partir dos saberes prévios dos sujeitos articulados aos problemas vivenciados no trabalho (BRASIL, 2014a, p.01).

E dentre as diretrizes para a EPS no âmbito do MS pode-se observar: valorização do trabalhador e do trabalho em saúde no MS em coerência com a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no SUS; estímulo às práticas educacionais coletivas, priorizando as ações multiprofissionais e em equipe; promoção da aprendizagem significativa por meio da adoção de metodologias críticas e ativas para a aprendizagem no trabalho; autonomia e corresponsabilização dos processos de trabalho; EPS articulada com a gestão de pessoas por competências; constituição de estratégia para enfrentamento da fragmentação dos serviços e ações de saúde; valorização das diversas dimensões humanas nos processos de ensino-aprendizagem; dentre outras.

Assim, a partir da delimitação histórica para o desenvolvimento da formação no trabalho no Brasil até aqui explicitada, observa-se que a educação do profissional saúde no país é consequência: da formação profissional aligeirada e necessária na década de 1980 em que os trabalhadores da saúde eram recursos-meio para uma atividade fim que era a saúde da população, e tem-se como exemplo dessa o Projeto Larga Escala¹⁰; da adoção da pedagogia de competências que passou a orientar os currículos da área da saúde pela vigência do neoliberalismo dos anos de 1990, em que o aprender a aprender e formar habilidades e especializações era o essencial, e tem-se como exemplo o Projeto de profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (Profae¹¹); e, por fim, da adoção da EPS em que a formação inicial em escolas formais não supre todas das demandas de profissionais reais em situações reais e tem-se no quadrilátero da formação (ensino-serviço-gestão-control social) estratégia para implantação da PNEPS (RAMOS, 2010). Para esta autora a PNEPS é mais uma política de gestão do trabalho que uma política de educação propriamente dita.

Desse modo, em estudos realizados acerca da PNEPS para os trabalhadores da saúde de uma forma geral, Silva, J. (2009), Barth (2012) e Moraes (2012) apontam que as

¹⁰ Projeto oriundo do Acordo de Recursos Humanos firmado entre o Ministério da Saúde, o Ministério da Educação e Cultura, o Ministério da Previdência e Assistência Social e a Organização Pan-Americana de Saúde, cuja ênfase estava menos na divisão técnica do trabalho e mais nas discussões sobre as estratégias pedagógicas de formação. A proposta se voltava especialmente para aqueles profissionais já inseridos nos serviços, posto que deles os trabalhadores não podiam se afastar para se formarem em cursos técnicos regulares (RAMOS, 2010, p.39).

¹¹ O Profae foi uma iniciativa do Ministério da Saúde, que contou com empréstimo do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), cujo objetivo principal consistia na qualificação e profissionalização dos trabalhadores da área de enfermagem de nível básico e técnico. O Profae ofereceu três modalidades de cursos gratuitos para os trabalhadores da área de Enfermagem: i) Curso de Qualificação Profissional de Auxiliar de Enfermagem, para os trabalhadores que concluíram o Ensino Fundamental (antigo 1º grau); ii) Complementação do Ensino Fundamental, para os trabalhadores que não o concluíram e Auxiliar de Enfermagem; e iii) Curso de Técnico de Enfermagem, para os trabalhadores que têm o Certificado de Conclusão do Ensino Médio (antigo 2º grau) e o Certificado de Conclusão do Curso de Auxiliar de Enfermagem (RAMOS, 2010, p.49).

atividades de educação dos trabalhadores da saúde corroboram a divisão social e técnica do trabalho. Ainda há predominância do saber clínico e especializado do processo de saúde e doença, reforçando o modelo biomédico hegemônico, o qual está pautado no trabalho individualizado em detrimento do trabalho em equipe. Tais autoras apontam que as ações de EPS respondem às demandas especializadas e não multiprofissionais, levando à fragmentação da assistência, dificultando as discussões do trabalho em saúde com vistas à integralidade da atenção. Por seu turno, as atividades de capacitação para áreas específicas e muitas vezes técnicas não permitem a reflexão sobre o cotidiano do trabalho pelos profissionais inseridos em equipes interdisciplinares.

Para Bravin (2008), as dificuldades de mudanças na formação profissional dos trabalhadores da saúde partem da noção de que a EPS deve representar um mediador entre o trabalho e a educação, a fim de recuperar as práticas pedagógicas implícitas no processo de trabalho. Além disso, a EPS pode resgatar as práticas políticas e ideológicas do processo de educação dos trabalhadores da saúde, empoderando-os sobre suas necessidades reais. Desse modo, a PNEPS poder deixar de ser apenas uma política que na legislação e conceito inferem mudanças, e na realidade concreta dos atores as transformações não ocorrem. Assim, “[...] operar esse conceito significa articular a educação dos trabalhadores à capacidade resolutiva dos serviços de saúde, assim como articular o desenvolvimento da educação popular com a ampliação da gestão social das políticas públicas” (BRAVIN, 2008, p.65).

Neste capítulo tentou-se abordar todo o contexto histórico que permeia a formação em serviço dos trabalhadores da saúde pela perspectiva da EPS em nível internacional e nacional. No capítulo a seguir, serão delimitadas as perspectivas históricas e normativas, bem como o desenvolvimento da EPS no estado de Minas Gerais, na FHEMIG e na MOV a fim de embasar as discussões posteriores dos achados da pesquisa.

3 EPS NO CONTEXTO ESTADUAL, NA FHEMIG E NA MOV

3.1 Percurso normativo da EPS no estado de Minas Gerais

Tomando por base o documento *“Políticas de Formação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a educação permanente em saúde”*, publicada em 2003 pela SGTES, o estado de Minas Gerais (MG) instituiu o Fórum Estadual de Formação e Educação Permanente do SUS-MG e criou 13 Polos de Educação Permanente para as macrorregiões do estado através das Deliberações CIB-SUS/MG 039, de 01/10/2003 e CIB-SUS/MG 045, de

01/12/2003. Contudo, houve grande dificuldade para promover a descentralização necessária para as ações de educação permanente naquele momento (SILVA, M., 2008).

Desse modo, em 2008, após a publicação da Portaria nº 1996/2007 que reorientou a PNEPS no Brasil, a Superintendência de Gestão de Pessoas/Diretoria de Desenvolvimento de Pessoas propôs a elaboração do Plano Estadual de Educação Permanente, constante no Plano Estadual de Saúde do estado de Minas Gerais 2008-2011. Substituindo, assim, os PEPs pelas CIES em consonância com os princípios do Pacto pela Vida (GONÇALVES, 2013).

A Deliberação CIB-SUS/MG nº 419, de 21 de fevereiro de 2008, definiu as diretrizes e os objetivos da PNEPS em Minas Gerais e ainda instituiu a Comissão Técnica Microrregional de Formação e Educação Permanente. Dessa forma, a condução da PNEPS em Minas Gerais se deu por meio:

I – da Comissão Técnica Microrregional de Formação e Educação Permanente; II – da Comissão Permanente de Integração Ensino Serviço – CIES e Conselho Gestor do CIES; e III – do Fórum Estadual de Formação e Educação Permanente e Conselho Gestor do Fórum Estadual de Formação e Educação Permanente (MINAS GERAIS, 2008, p.02).

Entre as diretrizes para a implementação da Política Estadual de Educação Permanente em Saúde ressalta-se:

[...] Desenvolver ações para o fortalecimento das redes de atenção à saúde; Adotar e priorizar estratégias de Educação a Distância para a realização das ações educacionais; Realizar ações educacionais voltadas aos usuários do SUS; Atuar de forma conjunta com as escolas técnicas do SUS, visando a formação de trabalhadores de nível técnico; Buscar o desenvolvimento dos profissionais do SUS/MG, ampliando conhecimentos e aumentando a qualidade e a eficácia dos serviços de saúde em benefício da população; Promover a integração da educação em saúde com as políticas e as diretrizes para a gestão do trabalho no SUS; Reconhecer as especificidades das microrregiões na elaboração e no desenvolvimento de ações educacionais; Executar a Política por meio da implantação e da implementação das Comissões de Integração Ensino-Serviço (CIES) e dos Colegiados de Gestão Regional (CGR) [...]; Fortalecer a participação do Controle Social nas CIES; Incentivar o financiamento tripartite – União, Estados e municípios; Utilizar mecanismos que possibilitem o monitoramento e a avaliação do impacto das ações educacionais desenvolvidas na Política Pública (SILVA, M., 2008, p.143-144).

O Plano Estadual de Saúde trouxe ainda os objetivos das ações de EPS em Minas Gerais, entre os quais se destaca: a promoção da integração dos diversos atores do Fórum estadual; alinhamento das ações educacionais na saúde; o modelo de EPS implementado deve dar ênfase no aprimoramento das práticas profissionais e melhoria da qualidade de saúde da população; o Fórum estadual deve definir quais são as prioridades de ações de EPS tomando por base o PAREPS; estímulo à adoção de ferramentas para a educação à distância; estimular a implementação de estágios nos serviços de saúde visando à formação em serviço dos estudantes; articular junto às instituições formadoras mudanças nos currículos dos cursos

técnicos, de graduação e pós-graduação para atender as necessidades do SUS, com incentivo à interação ensino-serviço; orientar por meio do Fórum estadual a condução da “[...] Política Estadual de Educação Permanente em Saúde no Estado de Minas Gerais através de uma estratégia de gerenciamento e acompanhamento do desenvolvimento das ações de Educação Permanente”; e, criar mecanismos para monitorar e avaliar a política estadual de EPS (SILVA, M., 2008, p.145).

A Deliberação CIB-SUS/MG nº 419/2008 agindo em conformidade com a PNEPS versão de 2007 definiu também a criação de 13 CIES no estado de Minas Gerais em substituição aos 13 PEPS instituídos anteriormente na vigência da PNEPS de 2004. A deliberação, ainda estabelece os atores que comporão a CIES no estado, seus conselhos gestores, bem como suas competências para a execução da PNEPS estadual.

De acordo com o Plano Estadual de Saúde de Minas Gerais 2008-2011, os eixos norteadores para a implementação do Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde deverão se dar em conformidade com o Termo de Compromisso de Gestão do Estado de Minas Gerais, no qual foi assumida a postura de descentralização das ações de EPS das macro para as microrregiões de saúde do estado, balizado pelo amplo controle social. Desse modo, os eixos norteadores são: a implantação dos 13 CIES nas macrorregiões do estado a partir do Plano de Diretor de Regionalização (PDR) estadual; formação de conselhos gestores das CIES; criação de comissões técnicas micro regionais de formação e EPS; os trabalhos dos gestores das CIES, seus membros e as comissões técnicas microrregionais devem estar em conformidade com as proposições do Fórum Estadual, pactuadas pela CIB e aprovadas pelo Conselho Estadual de Saúde (CES) (SILVA, M., 2008). A partir desses eixos, poder-se-ia atentar para as especificidades de cada região do estado, suas relações com os problemas de saúde da população e as necessidades de formação em serviço dos trabalhadores inseridos em contextos diversos e com demandas diversas, para atingir melhorias nos resultados do trabalho em saúde, tanto para o usuário do sistema de saúde do estado quanto os trabalhadores de saúde.

O Plano Estadual de Saúde de Minas Gerais 2008-2011 ainda estabelece que a “[...] Escola de Saúde Pública de Minas Gerais e as escolas técnicas do SUS em Minas Gerais serão a referência para o desenvolvimento da EPS [...]” no que se refere às metodologias de ensino. Contudo, reforça em seu texto que a EPS deve basear-se preferencialmente na aprendizagem significativa, para alcançar a transformação das práticas profissionais tomando por base os conhecimentos e experiências prévias dos sujeitos envolvidos nas ações

educativas, por meio da problematização dos processos de trabalho (SILVA, M., 2008, p. 146).

A deliberação CIB-SUS/MG nº 575, de 16 de setembro de 2009,

[...] institui as 75 (setenta e cinco) Comissões Técnicas Microrregionais de Educação Permanente, as 13 (treze) Comissões Permanentes de Integração Ensino Serviço Macrorregional - CIES Macrorregionais e 1 (uma) Comissão Permanente de Integração Ensino Serviço Estadual – CIES Estadual (MINAS GERAIS, 2009a, p. 01).

Assim, a partir daquele documento a condução da PNEPS em Minas Gerais passou a se dar por meio:

I - da Comissão Técnica Microrregional de Educação Permanente em Saúde; II - da Comissão Permanente de Integração Ensino Serviço - CIES Macrorregional e do Secretariado-Executivo da Comissão Permanente de Integração Ensino Serviço - CIES Macrorregional; e III - da Comissão Permanente de Integração Ensino Serviço - CIES Estadual e do Secretariado-Executivo da Comissão Permanente de Integração Ensino Serviço - CIES Estadual (idem).

As demais decisões para a condução da PNEPS em Minas Gerais tratadas na Deliberação CIB-SUS/MG nº 419/2008 foram mantidas. Atenta-se na Deliberação CIB-SUS/MG nº 575/2009 para a criação do CIES estadual, bem como suas atribuições, e ainda a definição das atribuições e composição dos CIES macrorregionais e CIES microrregionais, esclarecendo alguns pontos relativos à descentralização das ações de EPS no estado. O Fórum estadual de Formação e Educação Permanente deixa de existir dando lugar a CIES estadual.

Na Deliberação do CES-MG nº 02, de 1º de fevereiro de 2010, passou-se de 75 para “[...] 76 Comissões Técnicas Microrregionais de Educação Permanente em Saúde” (MINAS GERAIS, 2010, p.02), na condução da PNEPS no estado de Minas Gerais.

Em meio ao contexto acima, entre os anos de 2003 e 2010, o estado de Minas Gerais passou pelo chamado “Choque de Gestão”, caracterizado por um conjunto de medidas econômicas, de ajuste fiscal e ações prioritárias para proporcionar o desenvolvimento do estado e a superação da crise de gestão que o governo se encontrava, culminando, a partir de 2010 na cultura de “Estado para Resultados”, na busca da promoção do equilíbrio entre os gastos públicos e os resultados esperados. A cultura de “Estado para Resultados” também mudou profundamente as relações entre a gestão e os trabalhadores da saúde (MARQUES *et al.* 2009).

A PNEPS em Minas Gerais vinha enfrentando vários desafios desde a sua implementação. Assim, no Plano Estadual de Saúde 2012-2015, foi proposto que tais impasses deveriam ser superados para que houvesse reais mudanças na formação do trabalhador da saúde e transformações efetivas e permanentes no processo de trabalho. De

forma geral, as diretrizes e objetivos da PNEPS no estado de Minas Gerais foram mantidas em relação ao plano estadual de saúde anterior. Algumas fragilidades elencadas por aquele plano foram:

[...] a fragmentação das ações educacionais; a não priorização da metodologia de educação permanente no planejamento e na construção dos cursos ofertados; a alta rotatividade de profissionais em algumas regiões; a ausência de expertise em educação permanente; a disseminação insuficiente dos conceitos relativos à educação permanente; a necessidade de planejamento, monitoramento e avaliação das ações de educação permanente; falta de articulação entre a Política de Educação Permanente e a evolução na carreira profissional (MINAS GERAIS, 2012, p.114).

A fim de superar as dificuldades enfrentadas para a consolidação da EPS como pilar para a formação profissional e a transformação das práticas, o Plano Estadual de Saúde 2011-2015 propõe objetivos estratégicos de enfrentamento que são: disseminar conhecimentos e experiências de EPS no estado; criar mecanismos para melhor planejar, monitorar e avaliar a PNEPS em Minas Gerais; criar mecanismos para fortalecer as CIES como espaço de proposição e cooperação para a formação e qualificação dos trabalhadores da saúde; estimular o controle social das ações de EPS; aprimorar a gestão de recursos financeiros para a EPS; “Efetivar a educação permanente em saúde como estratégia prioritária para implementação das redes de atenção em Minas Gerais”, dentre outros (MINAS GERAIS, 2012, p.115).

A Deliberação CIB-SUS/MG nº 1.521, de 22 de julho de 2013, agindo em conformidade ao Plano Estadual de Saúde 2012-2015 institui “[...] 77 (setenta e sete) Comissões Técnicas Regionais de Educação Permanente em Saúde, 13 (treze) Comissões Permanentes de Integração Ensino e Serviço das Regiões de Saúde Ampliada (CIES/RA) [...]” e manteve a CIES Estadual (MINAS GERAIS, 2013, p.02). Com isso, a condução da PNEPS passa dos CIES macro e microrregionais para o CIES das Regiões de Saúde Ampliada, as quais têm abrangência ampliada pelo PDR vigente à época, e aumentou uma Comissão Técnica Regional de Educação Permanente em Saúde em relação a deliberação CES-MG nº 02/2010, mantendo as demais decisões já discutidas.

Não é possível localizar o Plano Estadual de Saúde 2016-2019 e suas observações sobre a condução mais atual da EPS no estado de Minas Gerais. Este plano deve ser fruto das pactuações assumidas na 8ª Conferência Estadual de Saúde, realizada entre 01 e 04 de setembro de 2015 em Belo Horizonte, e o mesmo ainda está em fase de aprovação pelo CES¹².

¹² Ver notícia relacionada ao processo de aprovação do relatório da 8ª Conferência Estadual de Saúde no link: <http://ces.saude.mg.gov.br/?p=2308>. Acesso em 21 de dezembro de 2016, às 22:42h.

Contudo, pode-se observar que o Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado (PMDI) 2016-2027-volume 1, eixo 3, que trata da Saúde e Proteção Social traz entre os seus objetivos estratégicos: “Valorizar os trabalhadores do SUS, estimulando e ampliando os espaços e fóruns de participação interna e a humanização do trabalho, tendo a educação permanente como estratégia para qualificar a produção do cuidado” (MINAS GERAIS, 2016, p.66). E como estratégias prioritárias para o desenvolvimento da saúde da população mineira e os trabalhadores da saúde:

Qualificar os gestores em todos os níveis para definição e execução das propostas de Educação Permanente em Saúde, enfatizando a interação entre o cuidado, a gestão, o ensino e o controle social; Apoiar os municípios e as regionais na reorganização do processo de trabalho estabelecendo padrões e critérios mínimos de infraestrutura e recursos humanos e promovendo a integração das ações de vigilância em saúde de forma a garantir maior resolubilidade das ações (idem, p.67).

Desse modo, por meio do PMDI, pode-se observar que é importante “Conduzir o processo de Educação Permanente em Saúde articulado à estratégia de Gestão do Trabalho e à Política de Regionalização no Estado, por meio do fortalecimento da discussão e aprimoramento dos processos de trabalho em saúde” (idem, p.68).

3.2 FHEMIG: percurso histórico e formação em serviço

A FHEMIG foi criada pela Lei nº 7088 de 03 de outubro de 1977, na qual foram unificados a “[...] Fundação de Assistência Médica e de Urgência - FEAMUR, Fundação Educacional e de Assistência Psiquiátrica - FEAP e a Fundação Estadual de Assistência Leprocomial – FEAL [...]”. A partir daquela lei fundou-se a Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais - FHEMIG, vinculada à Secretária de Estado da Saúde (MINAS GERAIS, 1977, p.01). Sua organização e estrutura está definida pela Lei Delegada nº 163 de 25 de janeiro de 2007, tendo autonomia administrativa e financeira, personalidade jurídica de direito público, por prazo indeterminado. Exerce suas funções no âmbito do estado de Minas Gerais e

[...] tem por finalidade prestar serviços de saúde e assistência hospitalar de importância estratégica estadual e regional, em níveis secundário e terciário de complexidade, por meio de hospitais organizados e integrados ao Sistema Único de Saúde - SUS, bem como participar da formulação, do acompanhamento e da avaliação da política de gestão hospitalar, em consonância com as diretrizes definidas pela Secretaria de Estado de Saúde –SES (MINAS GERAIS, 2007, p.01).

De acordo com seu Estatuto, a FHEMIG tem como competências: participar e cooperar na formulação e implementação das diretrizes da política estadual de saúde; prestar em caráter suplementar assistência ambulatorial especializada e hospitalar; incentivar e promover o desenvolvimento da pesquisa e ensino em saúde; promover integração de ações

intersetoriais em todos os âmbitos e atuação do setor saúde, para a reabilitação e reinserção social de moradores de ex-colônias de hansenianos e internos de hospitais psiquiátricos; ofertar atividades intersectoriais de acordo com as determinações da política estadual de saúde que lhe forem atribuídas; acompanhar e formular em caráter suplementar a política de insumos para a prestação da assistência em saúde em suas unidades; coordenar e executar a política de transplantes de órgãos e tecidos no estado em todas as suas etapas, desde a notificação até a execução do transplante propriamente dito (MINAS GERAIS, 2009b).

De acordo com seu sítio institucional¹³, a FHEMIG se constitui como uma das maiores gestoras de hospitais públicos do país abrangendo diversas especialidades de serviços hospitalares para atendimento a comunidade, com cerca de mais de 15.000 profissionais que prestam assistência de média e alta complexidade exclusivamente para o SUS. Atualmente administra 21 unidades assistenciais na região metropolitana de Belo Horizonte e interior de Minas Gerais (FHEMIG, 2016).

A FHEMIG tem como missão institucional “[...] prestar assistência hospitalar de complexidade secundária e terciária, com importância estratégica regional e estadual, participando da formulação da política de gestão para hospitais integrados ao Sistema Único de Saúde (SUS) de Minas Gerais” (FHEMIG, 2016, p.01). E tem como visão ser um modelo de excelência na promoção da assistência à saúde em âmbito hospitalar, por meio de prestação de serviços de elevado padrão de qualidade, segurança e humanização e realização de pesquisas e formação de recursos humanos, entre outros.

Em 2006, por meio do Decreto nº 44.205, de 12 de janeiro do mesmo ano, foi instituída a Política de Desenvolvimento dos Servidores Cíveis da Administração Pública Direta em âmbito estadual. Tal política “[...] compreende a implementação de ações de capacitação, de elevação de escolaridade, de formação profissional, bem como outras ações que possibilitem o desenvolvimento dos conhecimentos, habilidades e atitudes, para a melhoria do desempenho do servidor [...]” (MINAS GERAIS, 2006, p.01), e tem como finalidades: capacitar o servidor alinhando-o aos objetivos e metas da entidade ou órgão; valorizar o servidor por meio de sua capacitação permanente; adequar o perfil do servidor aos novos perfis profissionais exigidos pelo setor público, e entre outros. Este decreto abrange todos os órgão e entidades ligadas ao governo estadual, portanto, a FHEMIG está submetida a tal norma (MINAS GERAIS, 2006).

¹³ FHEMIG, 2016 - refere-se à consulta feita no sítio institucional em 09 de maio de 2016 no link: <http://www.fhemig.mg.gov.br/pt/institucional/missao-e-valores>.

No decreto referido acima, foi prevista a criação do Plano Anual de Desenvolvimento do Servidor (PADES), no qual os órgãos e entidades deverão identificar, diagnosticar e elencar as necessidades de capacitação, treinamento e atualização dos trabalhadores de seus respectivos órgãos e entidades. Esse processo de identificação deverá ser feito em parceria entre a gestão e os trabalhadores das unidades, após tal identificação são elencadas as ações prioritárias específicas para cada órgão ou entidade. É destinado, no mínimo, quarenta por cento dos recursos ordinários previstos na dotação orçamentária de cada órgão ou entidade para a realização das ações prioritárias elencadas pelo PADES, contudo ainda é necessário que essa previsão orçamentária seja aprovada pela secretaria ao qual o órgão ou entidade se vincula (MINAS GERAIS, 2006).

O PADES é realizado pelas unidades da FHEMIG, observando as orientações que o decreto acima menciona e remetido ao nível central da administração da FHEMIG. O mesmo será melhor discutido durante a análise dos dados.

Ainda de acordo com o estatuto da FHEMIG, compete à Diretoria de Ensino e Desenvolvimento de Pessoas proporcionar o desenvolvimento dos servidores, implementando a política de desenvolvimento dos servidores da FHEMIG, “[...] por meio de ações de formação, capacitação, qualificação e desenvolvimento, observadas as demandas das demais unidades da Fundação”, e coordenar, supervisionar e acompanhar tecnicamente as atividades desenvolvidas pelos Núcleos de Ensino e Pesquisa (NEP) das unidades (MINAS GERAIS, 2009b, p.09).

No que se refere aos NEPs nas unidades assistenciais da FHEMIG, eles foram criados pela portaria SUGEPE nº 1237, de 02 de julho de 1999, e foram alteradas suas funções pela Portaria Presidencial nº 336 de 07 de agosto de 2006, tendo em vista a necessidade de haver nas unidades assistenciais uma área que reproduzisse em nível local os trabalhos desenvolvidos pela Diretoria de Ensino e Pesquisa. Os NEPs das unidades assistenciais têm como funções coordenar, planejar, operacionalizar e avaliar as atividades de ensino, pesquisa, estágios profissionais, educação permanente, residência médica e outros cursos de pós-graduação (FHEMIG, 2006; 1999).

A FHEMIG também celebra anualmente um Pacto de Gestão Participativa com todas as suas unidades assistenciais, e por meio do qual são determinadas as metas para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde prestados por estas unidades. No que se refere à formação profissional, pesquisa e educação permanente é determinado um eixo, o Eixo 3, para apuração dos resultados com o estabelecimento de metas que cada unidade assistencial

deverá cumprir, assim como a avaliação de um indicador de taxa de qualificação e desenvolvimento do servidor com avaliação de eficácia (MOV, 2015a)¹⁴.

3.3 Formação no trabalho na MOV

A MOV é uma instituição de personalidade jurídica de direito público da Administração Indireta da SES de Minas Gerais e pertence ao Complexo de Especialidades da FHEMIG classificada como porte IV (MOV, 2015b).¹⁵

No decorrer histórico da MOV no que se refere à formação profissional e o ensino em saúde, a instituição recebeu credenciamento para oferecer o Programa em Residência Médica em Obstetrícia e Ginecologia em 1982, e vem oferecendo-o ininterruptamente desde então, configurando-se em um Hospital Escola. Em 1991 firmou convênio com a Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais para oferecer o estágio de médico residente de anesthesiologia, e em 1992, passou a oferecer o terceiro ano opcional ao Programa em Residência Médica de Pediatria, na área de concentração de Neonatologia.¹⁶ Atualmente a MOV continua oferecendo residência médica para os três programas, sendo parceira a outras instituições na residência em pediatria e anesthesiologia, e promotora da residência em obstetrícia e ginecologia. E está em processo de acreditação junto ao Ministério da Educação e Cultura (MEC) e MS para oferecer a Residência em Enfermagem Obstétrica da FHEMIG.

Em 19 de março de 1993 em memorando da FHEMIG para as unidades assistenciais foi recomendado que em cada unidade fosse criado até 30 de abril de 1993 um Núcleo de Pesquisa (NUPEQ), o qual deveria contribuir com a Diretoria de Ensino e Pesquisa (DIREP) na distribuição de informações referentes à pesquisa e o ensino, análise de projetos de pesquisa sobre os aspectos éticos e técnicos, remetendo cópia dos projetos de pesquisa à DIREP, a fim de evitar projetos similares e superponíveis. Desse modo, em 30 de abril de 1993, foi criado o Núcleo de Pesquisa da MOV e indicados seus membros. Remonta, então, nesta data a criação do que hoje é chamado de NEP.¹⁵

Em 1994, a MOV recebeu do MS o Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e Pesquisa Universitária em Saúde dos Hospitais Escola por atender aos quesitos do MS no que se refere ao desenvolvimento profissional. Entre os itens avaliados destaca-se,

¹⁴ MOV, 2015a. *Pacto de Gestão Participativa*. 1ª etapa. Maternidade Odete Valadares. Complexo de especialidades. Exercício 4º trimestre/2015, e 1º e 2º trimestre/2016. Não publicado.

¹⁵ MOV, 2015b. Mais detalhes sobre o histórico da MOV serão delimitados no capítulo sobre a metodologia desta pesquisa- cenário do estudo.

¹⁶ Informações adquiridas durante a pesquisa documental por meio do arquivo interno da MOV. Foi identificado um documento nomeado “*Histórico da MOV*”. 05p. Não publicado.

para fins desta pesquisa, a manutenção de “Programas de educação continuada e treinamento em serviço na área da saúde, extensivo aos profissionais da rede do SUS” (BRASIL, 1994b, p.02). Ainda no mesmo ano, o médico Antônio Fernandes Lages foi indicado para desempenhar a função do primeiro gestor acadêmico da MOV, em cumprimento a Portaria nº 165 de 08 de dezembro de 1993 do MS.¹⁷

O NEP/MOV atualmente tem como missão

Promover o desenvolvimento e aperfeiçoamento técnico científico e interpessoal dos profissionais da Maternidade Odete Valadares, através de ações de educação e de incentivo à pesquisa, visando à melhoria de sua qualidade de vida e do atendimento de saúde à comunidade (MOV, 2016).¹⁸

Entre os seus objetivos de atuação tem-se:

Facilitar o processo de modernização institucional. **Promover o desenvolvimento técnico-científico da MOV capacitando os profissionais e equipes para o exercício de suas funções. Promover o desenvolvimento interpessoal das equipes de trabalho e a melhoria da qualidade de vida de seus profissionais.** Oferecer meios para a construção do melhor campo de formação para residentes e estagiários na MOV. Incentivar e realizar pesquisas científicas. Fornecer instrumentos bibliográficos, didáticos e fotográficos. Estabelecer intercâmbio técnico-científico com outras instituições (MOV, 2016, grifo nosso).

O NEP/MOV conta com uma equipe de servidores, sendo eles: um coordenador (atualmente, uma médica), um técnico de educação continuada (atualmente, uma enfermeira), dois auxiliares administrativos, uma bibliotecária e um fotógrafo, desenvolvendo atividades específicas para cada um de seus cargos. Suas dependências contam com uma sala de multimeios com capacidade para 30 pessoas, uma sala de aula com capacidade para 30 pessoas, uma biblioteca com ambiente para estudo individual, uma antessala para secretaria, uma sala compartilhada para a coordenação e o técnico de educação continuada, uma sala compartilhada para a secretaria e o fotógrafo (MOV, 2016).

Entre as suas ações prioritárias destaca-se:

Assessorar a modernização administrativa da MOV, através da capacitação de pessoal e do desenvolvimento de equipes da Instituição nos segmentos gerencial, técnico e operacional. Coordenar, acompanhar e avaliar a Residência Médica, estágios e pesquisas. Promover intercâmbio técnico científico com outras Instituições. Administrar a Biblioteca, o uso do Auditório e de seus equipamentos. Promover visitas técnicas a outras instituições para os funcionários da MOV bem como acompanhar os solicitantes em visitas às dependências da Maternidade. Facilitar o Desenvolvimento Interpessoal das Equipes Multiprofissionais, atuando como “Rede de Apoio para trabalhar os conflitos emergentes”. Recrutar e selecionar pessoal quando solicitado. Executar trabalhos de fotografia científica (MOV, 2016).

¹⁷ Documentos encontrados durante pesquisa documental nos arquivos da MOV. Não publicado.

¹⁸ MOV, 2016. Documento fornecido pelo NEP/MOV durante pesquisa documental. *Núcleo de Ensino e Pesquisa*: Normas e rotinas. 11p. Não publicado.

Ainda de acordo com os dados encontrados em seus documentos, observa-se que o NEP/MOV

[...] acredita ter uma proposta inovadora que se fundamenta na percepção da necessidade do cliente, o **NEP** propõe cursos que vão de encontro às demandas do mercado - uma visão fundamentalmente prática que se reflete na escolha criteriosa do Corpo Docente, composto de profissionais com vasta experiência em suas respectivas áreas de atuação e que também primam pela capacidade didática, com reconhecida habilidade na transferência de conhecimentos (MOV, 2016, grifo do autor).

Desse modo, o NEP/MOV visa

Aprimorar o método educacional, tendo o processo de trabalho como seu objeto de transformação, com o intuito de melhorar a qualidade dos serviços, visando alcançar equidade no cuidado, tornando-os mais qualificados para o atendimento das necessidades da população. **Educação Continuada** - é possível perceber que a proposta ministerial amplia seu significado, tanto pela inclusão de todos, quanto pela eleição de metodologias participativas que partem das experiências vividas, problematizando-as e gerando propostas que viabilizem soluções (MOV, 2016, p.01, grifo nosso).

Pode-se observar que as funções e objetivos do NEP/MOV não estão em consonância com o preconizado pela PNEPS, pois o mesmo refere atender as demandas de mercado, valorizando a prática em detrimento do conhecimento teórico, com corpo docente com habilidade na transferência de conhecimentos reafirmando a EC como pressuposto para a formação no trabalho. Nota-se que há ainda uma confusão de conceitos pelo NEP/MOV no que se refere EPS, EC e educação em saúde. Na instituição pesquisada, tais observações reforçam os pressupostos para esta pesquisa sobre a fragmentação das ações educativas, com vistas na transmissão de conhecimento, tendo na já ultrapassada EC método de formação no trabalho, em detrimento da EPS prevista pela PNEPS.

No que se refere especialmente as atividades de treinamento e capacitação desenvolvidas pelo NEP/MOV, observa-se algumas ações inerentes a este núcleo, como: realizar a avaliação das necessidades de treinamentos no primeiro mês de cada ano junto às gerências; comunicar aos gerentes, por escrito, o compilado do levantamento dessas demandas; atuar junto as gerências de cada setor para a determinação e inscrição de servidores para a realização de cursos e treinamentos oferecidos fora do âmbito da instituição, porém dentro da FHEMIG; de acordo com o levantamento das demandas anual (PADES) e a disponibilidade da verbas, o NEP/MOV poderá ofertar cursos internos, selecionando o profissional que ministrará o curso e distribuindo a quantidade de vagas dentro da instituição e de acordo com as demandas de cada gerência; o NEP/MOV ainda atua como apoio logístico em eventos internos da MOV que não são de sua organização; orienta e dá os encaminhamentos necessários para o servidor que solicita participação em congressos e

curso de pós-graduação; e, ministra o treinamento introdutório para o servidores recém-admitidos na instituição, residentes e estagiários (MOV, 2016).

No item desenvolvimento da equipe podem-se citar algumas atividades próprias ao NEP/MOV, as quais são: receber o levantamento anual de necessidade de treinamento das chefias e gerências; discutir com as gerências os pedidos de treinamento; elaborar diagnóstico setorial e proposta de programa de desenvolvimento da equipe; apresentar o diagnóstico setorial à gerência a fim de verificar a viabilidade de execução; elaborar programa específico dentro das políticas e metas da direção, levantamento de custos para a elaboração da proposta geral do Desenvolvimento Gerencial, bem como apresentá-lo à direção para sua aprovação; avaliar semestralmente resultados obtidos, de acordo com os objetivos propostos pelo Desenvolvimento Gerencial, e entre outros (MOV, 2016). O NEP/MOV ainda pode desenvolver atividades de consultoria interna a partir dos diagnósticos setoriais realizados, fornecendo subsídio para a realização de diagnóstico geral de instituição, apresentando um programa geral dentro das políticas e metas da direção, com cronograma de atividades geral e específicas (MOV, 2016).

Ao serem levantadas as ações educativas na MOV do primeiro trimestre de 2016 tem-se, a saber: em janeiro foram 05 atividades educativas correspondendo a 07 horas/aula; em fevereiro foram 12 atividades educativas equivalentes a 19 horas/aulas; e em março foram 16 atividades educativas totalizando 47,5 horas/aula. Entre as ações educativas realizadas no período avaliado citam-se algumas: Treinamento de Técnica de Vacinação de Hepatite B, Treinamento em Atendimento de Vítimas de Violência Sexual, Treinamento sobre Humanização da Unidade Neonatal, Treinamento de Implantação do Protocolo de Cirurgia Segura, Conferência Infecção sobre o Zika Vírus, Treinamento sobre preenchimento do Censo Hospitalar, Revisão do Protocolo de Antibióticos- medidas de controle de infecção, Leitura de Procedimento Operacional Padrão sobre Pesquisa Científica, Treinamento para Auxiliar de Reanimação Neonatal, Leitura da Avaliação de Desempenho dos Servidores, dentre outras.¹⁹ Tais dados das atividades educativas encontrados serviram de subsídio para a pesquisadora elaborar os instrumentos de coletas de dados para esta pesquisa e realizar posterior análise dessas atividades educativas, bem como a análise da condução das ações de formação em serviço na MOV pela perspectiva dos trabalhadores da saúde.

No capítulo a seguir serão explicitados os aportes teóricos que sustentam esta pesquisa e demonstrados em que sentido os dados encontrados serão analisados.

¹⁹ Dados encontrados durante pesquisa documental nos arquivos da MOV. Não publicado.

4 O POTENCIAL EDUCATIVO DO TRABALHO E A REFLEXÃO DAS PRÁTICAS PROFISSIONAIS

Neste capítulo serão explicitados o que para a análise das autoras da pesquisa são as bases teóricas da PNEPS e se expressam nas transformações nas práticas profissionais considerando o potencial educativo do trabalho e a problematização dos processos de trabalho por meio da formação reflexiva dos trabalhadores da saúde. Entende-se, nesse ponto, que a EPS seja um instrumento de formação profissional que proporciona que a aprendizagem no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho seja significativa para os trabalhadores da saúde ao se utilizar as estratégias daquela política.

Assim, a EPS estabeleceu-se como uma possibilidade inovadora de educação no trabalho ao propor a incorporação do ensino-aprendizagem na realidade dos serviços de saúde e modificar as estratégias educativas nestes, com valorização do processo de trabalho em saúde “[...] como centro privilegiado da aprendizagem e o profissional como ator reflexivo e construtor do saber” (GIGANTE; CAMPOS, 2016, p.756). A EPS estimula a formação e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde partindo das necessidades reais dos próprios sujeitos envolvidos na produção da saúde, ou seja, a partir do processo de trabalho de cada equipe de saúde e em cada serviço de saúde, reforçando o caráter descentralizador, ascendente e transdisciplinar da formação no trabalho (SARRETA, 2009).

Ao trabalhador é necessário manter-se em processo de formação e atualização permanente, pois a modernização técnico-científica em todas as áreas se dá de forma muito rápida. Especialmente na área da saúde, as mudanças de conduta e condução das situações de saúde e doença têm uma expressiva atualização, devido às diversas pesquisas realizadas em busca de melhorias na qualidade de saúde das populações, curas de novas ou velhas doenças, bem como à melhoria da qualidade de vida, assim como em função das particularidades que cada caso pode requerer. Para Ceccim (2005b, p.163) “[...] sempre seremos poucos, sempre estaremos desatualizados, nunca dominaremos tudo o que se requer em situações complexas de necessidades em/direitos à saúde”, implicando na necessidade de formação contínua pelo trabalho. Ao trabalhador da equipe interdisciplinar de saúde é imprescindível a busca por melhores formas de fazer e pensar a saúde da população, melhores formas de inserção e atuação na equipe interdisciplinar, bem como o aperfeiçoamento qualitativo do seu trabalho.

Com a publicação da PNEPS em 2004, a discussão do potencial educativo do trabalho ganha centralidade no desenvolvimento dos profissionais da saúde (LEMOS, 2010). Desse modo, a chamada EPS

propõe que os processos de educação dos trabalhadores da saúde se façam a partir da problematização do processo de trabalho, e considera que as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores sejam pautadas pelas necessidades de saúde das pessoas e populações. Os processos de educação permanente em saúde têm como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho (BRASIL, 2007, p.13).

Lemos (2016, p.916), em outro estudo, afirma “[...] que o eixo central da proposta de EPS da PNEPS é o trabalho como fundamento educativo e transformador da realidade”. Reconhecer o potencial educativo presente no trabalho e fazê-lo meio para a transformação das práticas de saúde é uma das concepções da PNEPS, conjuntamente da necessidade prevista de ultrapassar os limites individuais e fortalecer o trabalho em equipe interdisciplinar. Desse modo, a EPS pode ser reconhecida como um espaço para problematização, reflexão e diálogo que tem no potencial formativo do trabalho sua maior concepção pedagógica. Na perspectiva da PNEPS, o deslocamento da sala de aula para o ambiente de trabalho fortalece o potencial educativo das situações de trabalho (PEDUZZI *et al.* 2009; FRANÇA, 2012; RANGEL, 2014).

A afirmação do caráter educativo do trabalho se funda se funda na analítica de Marx, para o qual

antes de tudo, o trabalho é um processo entre o homem e a Natureza, um processo em que o homem, por sua própria ação, medeia, regula e controla seu metabolismo com a Natureza. Ele mesmo se defronta com a matéria natural como uma força natural. Ele põe em movimento as forças naturais pertencentes à sua corporalidade, braços e pernas, cabeça e mão, a fim de apropriar-se da matéria natural numa forma útil para sua própria vida. Ao atuar, por meio desse movimento, sobre a Natureza, e ao modificá-la, ele modifica ao mesmo tempo sua própria natureza (MARX, 1985, p.149).

Deste trecho é possível inferir a dupla dimensão educativa do trabalho: significa reconhecer, por um lado, a objetividade do objeto do trabalho. Assim, para que o trabalhador realize a sua atividade, ele deve se curvar às determinações do objeto de sua ação. Ademais, cada tipo de trabalho requer uma ação determinada, exigida pelo objeto sobre o qual incide. Desse modo, os indivíduos são levados, praticamente, a conhecer o seu objeto de trabalho. Por outro lado, tem-se a dimensão educativa do trabalho ligada à subjetividade: para desempenhar e ao desempenhar atividades, os indivíduos mobilizam suas “forças naturais” físicas e mentais, desenvolvendo capacidades e habilidades, autodisciplinando-se para o desempenho de seu trabalho. Dessa forma, pode-se dizer que o trabalho modifica a natureza e ao mesmo tempo modifica o ser humano. Este é, primariamente, em termos ontológicos o sentido de “trabalho como princípio educativo”. Ou seja:

É decisivo, primeiramente, precisar o caráter objetivo da atividade de produção. Trata-se de um processo efetivo de apropriação da naturalidade que transcorre em situações concretas, segundo condições e condicionantes reais. Muitas destas

circunstâncias não estão na esfera da volição individual ou da deliberação humana. A relação ativa para com a natureza se dá, por conseguinte, sob o signo desta dependência inicial para com o teor autônomo de entes e processos que são incorporados *como* objetos da atividade produtiva. Incorporação que exige da parte dos homens um dado esforço de apropriação, cujas matrizes categoriais – a objetividade dos materiais, a dos meios e o conjunto de propriedades físicas dos indivíduos – perseveram, mesmo na vigência das formas mais sofisticadas de produção. O trabalho, por isso, de modo algum pode ser entendido como um gesto autossuficiente ou deflagrado no recesso da interioridade que reconhece carecimentos e qualidades, propõe meios e identifica fins. É o decurso de uma processualidade concreta e contingente que obriga a mobilização, por parte dos indivíduos que produzem, de suas propriedades reais fisicamente situadas em seus corpos e, como tais, também dependentes da sua manutenção e reproduzibilidade no tempo. Ato de enfrentamento da realidade *como realidade* irreduzível, que abre e provoca – “ao mesmo tempo” – outra processualidade: a transformação do sujeito inteiro que trabalha. Não se trata, ressalte-se, de alterações apenas, e em primeiro lugar, no indivíduo como subjetividade ou interioridade. As modificações atingem sua existência real e igualmente têm, evidentemente, consequências para a dimensão da subjetividade. Este aspecto é de importância vital para a educação, desde que se a compreenda em sua natureza formadora do humano, tanto no nível da produção dos comportamentos qualificados, quanto naquele relacionado às autodescobertas de potências possíveis de serem mobilizadas pelos sujeitos que produzem. Esse sentido eminentemente ontológico da relação ativa, na medida em que esta participa do engendramento das diversas dimensões do sujeito real – e não somente de sua subjetividade interior – apresenta traços que distinguem o escopo amplo e ampliável da atividade humana daquele que pode ser observado na atividade dos demais seres vivos animais (SILVA, S., 2016, p. 3-4, grifo do autor).

Nessa perspectiva, Ramos (2009b), assevera que o trabalho como um princípio educativo é um princípio filosófico baseado na necessidade do ser humano de produzir e manter sua existência por meio do trabalho, e não apenas o aprender fazendo, ou a formação para o serviço, pois considera a natureza produtiva e criativa do ser humano, entendendo que “[...] a realidade e a própria vida humana são determinadas pelo próprio ser humano” (idem, p.168). Portanto, o trabalho é o elemento fundante das relações sociais e se constitui meio para a transformação humana. A relação entre o trabalho e a educação é uma relação dialética, sendo determinada pelo contexto social que se insere (LEMOS, 2016).

Com isto se quer dizer que o ser humano se faz num movimento contínuo e permanente através do trabalho. Somos muito mais o resultado deste fazer que as possibilidades de nosso pensar sobre ele. Mais que isto, esta dialética entre fazer e pensar possibilitou, no humano, a instituição de seu ser (GHEDIN, 2008, p.130).

Nesse sentido, compreende-se que no trabalho em saúde se manifestam estas determinações do trabalho em geral, em que a relação entre o homem e a natureza, ou o homem e a vida, são mediadas pelas capacidades produtivas dos seres humanos que resultam na produção da vida humana (RAMOS, 2009a). O trabalho em saúde é também marcado pelas “[...] relações entre as pessoas em todas as suas fases de execução [...]” (MERHY; FEUERWERKER; CECCIM, 2006, p. 151) e está sujeito às características pessoais e profissionais de cada trabalhador da saúde e do usuário do sistema de saúde, ou seja, os

objetos do processo trabalho em saúde são os próprios produtos do trabalho. Para Kuenzer (2004) e Matos e Pires (2006) o trabalho em saúde é também marcado pela divisão técnica e social, cada vez mais simplificado, desumanizado, e padecendo das mesmas contradições das relações sociais de exploração.²⁰

Nesse sentido, Matos e Pires (2006) referem que as transformações no mundo do trabalho advindas das inovações tecnológicas, do trabalho parcelado e do modelo de gestão taylorista/fordista do processo de reestruturação produtiva, igualmente influenciaram o setor saúde e os processos de trabalho em saúde, tendendo a produzir alienação do trabalhador em relação às suas práticas profissionais. Braverman (1987) pontua que nas relações de trabalho aquelas mudanças se manifestam como uma transformação contínua nos processos de trabalho de cada ramo de atuação como uma redistribuição do trabalho entre as ocupações e atividades. Considera “[...] que a transformação dos processos de trabalho, desde a sua base na tradição até sua base na ciência, é não só inevitável como necessária para o progresso da humanidade e para a emancipação dela quanto à fome e outras necessidades” (idem, p.17). Ademais, o trabalho em saúde constitui-se um espaço imprescindível para a formação humana,

[...] na perspectiva da construção do homem enquanto indivíduo e enquanto humanidade e, neste sentido, fundamento do conhecimento e da história. Há que considerar, portanto, que a práxis [prática] é também potencialmente transformadora das condições de injustiça e exploração humana (KUENZER, 2004, p.120).

Desse modo, compreender a dimensão educativa do trabalho e considerá-la elemento para a transformação das práticas profissionais por meio da reflexão sobre os processos de trabalho de um dado contexto podem proporcionar modificações reais da realidade de trabalho em saúde. Para isto, ainda se requer o reconhecimento e entendimento da integralidade em saúde, pois o trabalho em saúde produz vida, satisfazendo as necessidades biológicas e sociais dos sujeitos envolvidos. “Tomar o trabalho em saúde como realidade a ser problematizada e inserir a educação diretamente na prática do trabalho se constitui numa mediação pela qual o processo ensino-aprendizagem pode se desenvolver” (RAMOS, 2009a,

²⁰ Para Matos e Pires (2006) o trabalho em saúde conserva características da lógica taylorista e do paradigma positivista da ciência, que foi, ao longo dos tempos, consolidando-se em um modelo médico hegemônico. Esse modelo atende a perspectivas de: compartimentalização e fragmentação do trabalho assistencial com extrema especialização do trabalho em saúde, na figura do médico como detentor do saber e inexistência de práticas interdisciplinares no processo assistencial; na cura e reabilitação de doenças em detrimento da prevenção e promoção da saúde; com o uso extensivo de tecnologias duras em detrimento das tecnologias leves; e identificação de quem recebe a assistência de saúde como um paciente/doente e não como um ser humano que tem características individuais e direito de decidir sobre sua vida e saúde. Todas essas práticas geraram profunda alienação no trabalho em saúde.

p.57). Peduzzi *et al.* (2009, p.132) afirmam que as ações educativas dos trabalhadores, se resultantes da problematização das práticas de saúde da equipe interdisciplinar e se tiverem como fim corresponder às necessidades de saúde da população e às necessidades dos trabalhadores, proporcionarão o fortalecimento do SUS e “[...] permitirão avanços na transformação das práticas educativas de trabalhadores, evitando que a EPS se reduza a uma mera mudança de denominação relacionada ao desenvolvimento dos trabalhadores da saúde”.

Para Silva, J. (2009, p.46), “[...] a problematização é uma concepção pedagógica crítico-reflexiva, adequada para o desenvolvimento do trabalho, pois articula ações do serviço com a presença e integração de seus diferentes agentes”. Nesse mesmo sentido, a autora pontua que a “[...] educação no trabalho orientada pelas experiências dos trabalhadores aproxima-se da integralidade, assim como a problematização das práticas pautada na ação reflexiva dos atores sociais em prol da mudança” (idem, p.47-48).

Assim, a educação permanente enquanto processo de reflexão e ação sobre a realidade do trabalho em saúde, possui caráter transformador aliado à prática social, a fim de que tal educação não seja apenas a “[...] replicação de conhecimentos científicos acumulados, mas um trabalho que se faz com prazer, com criatividade e segurança, tendo como finalidade a qualificação da saúde da população, incluindo nela todos os sujeitos” (MEIRA, 2007, p.130). Desse modo, infere-se que,

[...] as demandas de processos educativos para trabalhadores da saúde devam surgir da problematização da prática concreta dos profissionais, e não das necessidades individuais de atualização, nem exclusivamente de orientações de níveis centrais e regionais, mas a partir da organização do trabalho, considerando a responsabilidade em prestar assistência integral, humanizada e de qualidade aos usuários (PEDUZZI *et al.*, 2009, p.131).

A dimensão pedagógica da PNEPS considera que deve haver a problematização do processo de trabalho em saúde, com valorização do saber e experiências prévias dos sujeitos envolvidos, adequando, assim, as necessidades de formação dos trabalhadores da saúde às necessidades da população (MORAES, 2012). Pensar a EPS a partir da reflexão sobre o processo do trabalho pelo trabalhador de saúde resgata a noção de que pela educação no trabalho se produza a integralidade da saúde, à medida que o trabalhador busque melhorar a sua atuação e formação, e assim prestar uma assistência integral ao usuário que o demanda. Ramos (2009a, p.56) refere essa relação e afirma que:

a Integralidade recoloca o sentido do trabalho em Saúde na constituição da humanidade das pessoas frente às suas necessidades de Saúde. Dessa perspectiva, o trabalho em Saúde resgata seu sentido ontológico, pois a atenção integral em Saúde se volta para as necessidades do ser humano como sujeito da produção da existência e não como objeto da acumulação do capital.

Desse modo, considerar a integralidade como eixo norteador das ações de formação do trabalhador da saúde, pode favorecer a articulação da equipe interdisciplinar em saúde na produção do seu trabalho. No trabalho em equipe de saúde, os sujeitos envolvidos no processo de trabalho necessitam dominar também, além das habilidades específicas de sua profissão, parte do âmbito de atuação do outro profissional, a fim de que juntos possam prestar assistência de saúde integral. É na esfera do trabalho em equipe interdisciplinar que ocorre a discussão teórica sobre a prática referente às diversas áreas do saber em saúde, com integração de conceitos e métodos de trabalho, devendo implicar, no nível da ação, no rompimento das disputas de poder, a fim de se respeitar a autonomia de cada profissão (GELBCKE; MATOS; SALLUM, 2012). Nesse sentido, resgata-se o entendimento da integralidade, um dos princípios doutrinários do SUS, a qual é “[...] entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 1990, p. 04), em que as demandas do usuário devem ser consideradas em sua totalidade. Desse modo, considerar a integralidade como eixo norteador das ações de formação do trabalhador da saúde, quer como um “[...] princípio orientador da organização do trabalho, quer da organização das políticas; integralidade implica uma recusa ao reducionismo, uma recusa à objetivação dos sujeitos e talvez uma afirmação da abertura para o diálogo” (MATTOS, 2001, p.17). Esse entendimento da integralidade pode ainda favorecer a articulação da equipe interdisciplinar em saúde na produção do trabalho em saúde.

Para Ramos (2009b, p.168), os princípios doutrinários do SUS - integralidade, universalidade e equidade - apontam para o entendimento da dimensão ontológica do trabalho em saúde, pois a atenção à saúde visa “[...] assegurar a produção e reprodução da vida humana [...]”, traduzindo-se como um processo de criação da vida humana. Percebe-se que tal criação deva se dar de forma integral, atendendo o usuário em todas as suas necessidades físicas, biológicas e psicossociais. Essa seria uma perspectiva ampliada do trabalho em saúde indicando à valorização das práticas profissionais “[...] como fonte de conhecimento, e reconhecendo o potencial educativo das situações do trabalho e explorá-las em reflexão. Com isso podemos promover atuações mais conscientes e qualificadas de cuidado às pessoas nos seus espaços de vida [...]” (DAUSSY, 2014, p.88).

Para entender a importância da problematização das práticas profissionais e processos de trabalho pelos trabalhadores da saúde e sua contribuição para o sucesso da EPS, recorre-se a Donald A. Schön abordando sua concepção de reflexão-na-ação, o qual se tornou um ícone para a discussão do pensamento reflexivo a partir da década de 1970 nos Estados

Unidos da América, ao publicar dois livros sobre essa temática. As obras *Profissional Reflexivo* e *Educando um Profissional Reflexivo*, discutem a formação pela reflexão-na-ação em diversas áreas do conhecimento.

Para compreender o processo de reflexão-na-ação é necessário o entendimento do termo conhecer-na-ação descrito por Schön: o qual se refere aos tipos de conhecimentos que o profissional revela em suas ações inteligentes e publicamente observáveis e já fazem parte do seu conhecimento cognitivo. O conhecer-na-ação é representado pela capacidade de performance espontânea nas diversas situações durante o exercício profissional de cada indivíduo, porém não podem ser explicadas verbalmente. Esse tipo de inteligência é chamado por Schön de inteligência tácita ou espontânea, na qual o “[...] processo de conhecer-na-ação é dinâmico, e os ‘fatos’, os ‘procedimentos’ e as ‘teorias’ são estáticos” (SCHÖN, 2008, p.31).

Face a isso e compreendendo que o conhecimento-na-ação é uma qualidade dinâmica, passa-se agora para o exposto pelo autor sobre a reflexão-na-ação, pois se acredita que a partir dela se pode proporcionar melhor entendimento das situações do dia-a-dia de trabalho dos trabalhadores da saúde, alcançando a chamada problematização dos processos de trabalho requerida pela PNEPS.

Para Schön (2008) a formação de um profissional reflexivo se dá em três momentos: um momento é a chamada reflexão-na-ação, no qual o profissional se depara com uma situação inesperada, e no meio da ação busca soluções para a mesma, com base em seu conhecer-na-ação, no seu conhecimento tácito e científico sobre o problema em questão. A reflexão-na-ação se dá no presente-da-ação, ou seja, no decorrer da ação sem interrompê-la, e é regulado pelo conhecimento-na-ação, porém podendo haver reformulações do conhecimento, uma vez que a situação pode extrapolar as experiências prévias do sujeito; outro momento é a reflexão sobre a ação, o qual pode ser definido como uma elaboração retrospectiva do problema havido durante o desenvolvimento da atividade profissional, porém o profissional pode parar, pensar e buscar uma solução mais tempestiva, com análise dos processos e características do problema e de sua própria ação, em busca de melhoria na qualidade e incorporação de habilidades; por fim, a reflexão sobre a reflexão na ação é referida por ele como o momento para uma elaboração mais afinada, mais detalhada do problema com a determinação de valores, desenvolvimento profissional, buscando soluções mais adequadas e com qualidade. Para o autor, tais etapas do processo reflexivo não se dão de forma tão clara e de fácil determinação durante a apresentação de um problema da atividade profissional como foi exposto, os três momentos podem ser concomitantes, sem tanta separação, porém o entendimento das fases de elaboração do problema irá determinar a

compreensão da situação que o trabalhador está vivenciando. Assim, “[...] o que distingue a reflexão-na-ação de outras formas de reflexão é sua imediata significação para a ação” (idem, p.34), ou seja, sua imediata aplicação prática para o sujeito.

Para Schön (idem, p.33) a reflexão-na-ação

tem uma função crítica, questionando a estrutura de pressupostos do ato de conhecer-na-ação. Pensamos criticamente e sobre o pensamento que nos levou a essa situação difícil ou essa oportunidade e podemos, neste processo, reestruturar as estratégias de ação, as compreensões dos fenômenos ou as formas de conhecer os problemas.

Assim, o modelo reflexivo adotado por Schön se inicia a partir da reflexão-na-ação, a qual é a base para todo o processo reflexivo disparado por um problema real, um problema na ação, ou como é por ele denominado como o “presente-na-ação”. Para Dorigon e Romanowski (2008, p.14) o “[...] nosso pensar pode dar uma nova forma ao que estamos fazendo enquanto ainda estamos fazendo, portanto estamos refletindo-na-ação”. Desse modo, para Schön (2008), a reflexão gera o experimento imediato, em que ao pensar e experimentar novas ações o sujeito pode testar suas compreensões acerca dos fenômenos ou elaborar formas para mudar ou melhorar a situação vivenciada. Contudo, o autor ainda alerta que o conhecimento profissional não soluciona todas as questões, nem tampouco todo problema tem sempre uma resposta correta.

No mesmo sentido, Zeichner (1993, p.32) explicita que a reflexão pode ter três orientações conceituais: a reflexão como instrumento de mediação da ação, em que se utiliza o conhecimento para orientar as práticas; “a reflexão como modo de optar por visões de ensino em conflito, na qual se usa o conhecimento na informação da prática”; e a reflexão como experiência de reconstrução, a qual utiliza o conhecimento com forma de auxiliar os profissionais a apreender e transformar suas práticas profissionais. Para este estudo considera-se a última orientação conceitual como pressuposto teórico para a reflexão-na-ação.

Desse modo, acredita-se que “A reflexão surge associada ao modo como se lida com os problemas da prática, à possibilidade da incerteza, estando aberta a novas hipóteses, dando forma a esses problemas e descobrindo novos caminhos, chegando então às soluções” (DORIGON; ROMANOWSKI, 2008, p.14). É nas situações-problema da prática dos profissionais da saúde que a EPS se sustenta, uma vez que as demandas de formação do trabalhador da saúde devem surgir durante o seu exercício profissional, fazendo-os refletir sobre a sua prática, experimentando, buscando hipóteses e discutindo dentro da equipe interdisciplinar as melhores formas de resolver um problema posto em questão, e caso não

seja solucionado as equipes de saúde podem e devem requerer treinamento, atualização, oficinas de trabalho e/ou outras formas de educação em serviço.

Nesse intento, Daussy (2014) afirma que os trabalhadores da saúde podem se formar em serviço, uma vez que a reflexão ocorre na ação e sobre a ação, possibilitando-os lidar com as dificuldades, incertezas, auto-gerenciar suas situações de trabalho e na análise de suas próprias ações encontrar as alternativas para melhorá-las e implementar novas e melhores condutas. Para a autora, quanto melhor for a reflexão sobre a prática, ou seja, quanto mais os trabalhadores da saúde refletirem-na-ação, melhores serão os resultados de seus trabalhos, mais satisfeitos e seguros de suas atuações e, conseqüentemente, melhor será a saúde dos usuários para os quais desempenham suas atividades profissionais.

Nesse ponto é importante recorrer a Maurice Tardif. Embora este se ocupe da formação de professores, discussão que empreende sobre a formação na ação, se aproxima do que se discute nesta pesquisa, pois se considera que a EPS deve ser a formação na ação, a partir das demandas reais dos profissionais envolvidos na produção da saúde.

Tardif (2010, p.61) assevera que “A experiência do trabalho parece ser fonte privilegiada do saber-ensinar”. Ou seja, durante a ação, os saberes são mobilizados, construídos e utilizados, de modo que os professores/profissionais aprendem a trabalhar trabalhando. Nesse sentido, o trabalho dos profissionais da saúde se assemelha ao trabalho dos professores, pois ambas são atividades profissionais em que o trabalho se consome no ato em que são executadas e requerem conhecimento prévio, flexibilidade e interação entre as pessoas, capacidade de tomada de decisões e reflexões imediatas no ato de sua execução.

Assim, o saber desses profissionais deve ser adequado às necessidades e particularidades que surgem no decorrer da ação, estando, desse modo, a serviço da ação. “[...] Os saberes profissionais são saberes da ação ou ainda, usando a expressão que preferimos, saberes do trabalho, saberes no trabalho [...]” (TARDIF, 2010, p.256) em que a construção do saber está atrelada ao contexto real e a situações concretas da ação. Os saberes profissionais não se referem apenas ao trabalho e sua prática real, os saberes são incorporados e construídos no processo de trabalho e “[...] só têm sentido em relação às situações de trabalho e que é nessas situações que são construídos, modelados e utilizados de maneira significativa pelos trabalhadores” (idem, p.256-257). Essa formação na ação que Tardif esclarece integra experiências novas e conhecimentos adquiridos ao longo da trajetória profissional “[...] que se remodela em função das mudanças na prática, nas situações de trabalho” (idem, p.110).

Schön, Zeichner, Tardif, tampouco os outros autores a que se recorreu nessa breve contextualização teórica, não subestimam o conhecimento científico estruturado para a formação profissional dos trabalhadores da saúde (ou professores). Afirmam que, tomando por base os conhecimentos adquiridos na formação formal, possam surgir situações que não eram previstas ou vivenciadas pelos trabalhadores, e acreditam que durante a prática profissional possam ser discutidas e elencadas as soluções passíveis para uma determinada situação. Nesse sentido, Schön (2008, p.249) alude que “E isso, se for verdade, sugere que um ensino prático reflexivo do tipo que tentamos criar pode ocorrer mais apropriadamente não no começo da carreira profissional de um estudante, mas no decorrer dela, como uma forma de educação contínua”. Alguns autores ainda criticarão a postura de Schön ao afirmar que ele preconiza a formação prática em detrimento da formação teórica. Esclarece-se que esta não é uma perspectiva para esta pesquisa. Devem-se valorizar ambas as formações, a teórica e a prática, e cada qual tem seu espaço na formação profissional. Nesse intento, nessa pesquisa ateuve-se apenas na discussão da formação em serviço, e esta não apenas como uma formação prática, mas como uma formação a partir da prática profissional.

Desse modo, acredita-se ser imprescindível discutir a EPS de forma ampliada, a partir de prática profissional dos trabalhadores da saúde, a fim de favorecer uma postura proativa de aprendizagem e protagonismo das equipes interdisciplinares de saúde, superando as limitações da educação formal, proporcionando as mudanças requeridas em busca da integralidade na atenção à saúde das populações (DAUSSY, 2014).

No sentido de fortalecer as práticas da EPS, foi posto pela PNEPS que a aprendizagem significativa²¹ associada à problematização do cotidiano do trabalho sejam as bases pedagógicas que permitam a compreensão da EPS como a “[...] aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho baseando-se na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas dos trabalhadores da saúde” (BRASIL, 2014a, p.01). Desse modo, “[...] a EPS não é só uma expressão didático-pedagógica e sim uma opção político-pedagógica, uma vez que ela está comprometida com a transformação dos serviços em saúde” (FRANÇA, 2012, p. 78), refletindo em interdisciplinaridade e compromisso com os princípios doutrinários do SUS.

Para Moraes (2012, p.45) a PNEPS “[...] desenvolve-se a partir dos problemas reais enfrentados diariamente pelos profissionais de saúde, levando em consideração e

²¹ Ver nota de rodapé nº 9.

valorizando o saber pré-existente da equipe, sendo a atualização técnico-científica apenas um dos aspectos da transformação e não seu foco central”. Assim, acredita-se que a EPS possa realmente se concretizar levando em conta o potencial educativo das situações de trabalho, os problemas reais de profissionais reais em ação e seus conhecimentos prévios, pois cada profissional tem uma estrutura cognitiva diferente e assim demandas diferentes. Não há desse modo, como fazer uma reflexão-na-ação, como foi abordado anteriormente, sem considerar os conhecimentos prévios do sujeito (ou o conhecimento-na-ação proposto por Schön), pois uma é intrinsecamente dependente da outra para o sucesso da EPS, e ambos são determinados pelo ambiente de trabalho que as práticas profissionais estão inseridas.

No capítulo a seguir será explicitada a trajetória metodológica percorrida pela pesquisadora para a obtenção dos dados para análise nesta pesquisa.

5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

5.1 Natureza do estudo

Esta pesquisa se desenvolveu segundo os preceitos das pesquisas quanti-qualitativas, pois segundo Creswell (2007), os estudos mistos permitem uma análise ampla do problema de pesquisa, com integração das informações para a interpretação dos dados gerais. Nesta técnica de pesquisa a coleta de dados envolve tanto a obtenção de informações numéricas quanto informações do tipo texto, de forma que o banco de dados final para análise represente tanto dados quantitativos quanto qualitativos. Foi optado pela técnica mista, pois a pesquisa quantitativa permite ao pesquisador algumas generalizações mais consubstanciadas dos resultados a partir de amostras representativas delimitadas, enquanto a abordagem qualitativa permite uma qualificação com propósitos, ou seja, os dados podem e devem ser analisados pela perspectiva qualitativa para alcançar os objetivos propostos pela pesquisa (GÜNTHER, 2006).

Para Günther (2006, p.204) “[...] abordagens qualitativas, que tendem a serem associadas a estudos de caso, dependem de estudos quantitativos, que visem resultados generalizáveis (...) [assim,] num estudo de caso é possível utilizar tanto procedimentos qualitativos quanto quantitativos”. Desse modo, ao entender que o ser humano se distingue não só por agir, mas por pensar sobre o que faz e por interpretar suas ações dentro e a partir da realidade vivida e partilhada, optou-se pela realização de estudo de caso único em que, ao se

lidar com situações contextuais específicas, acredita-se que as mesmas sejam pertinentes de serem estudadas.

Segundo Yin (2015, p.17), o estudo de caso trabalha a partir da perspectiva de “[...] uma investigação empírica que investiga um fenômeno contemporâneo (‘o caso’) em profundidade e em seu contexto de mundo real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto puderem não ser claramente evidentes”. Para o mesmo autor, o estudo de caso simples ou único pode ser representativo, uma vez que se pode capturar as circunstâncias e condições de uma situação lugar-comum ou do dia-a-dia, fornecendo informações a respeito da experiência das instituições e pessoas e determinando se as proposições iniciais são corretas ou se existem explicações relevantes sobre o problema (YIN, 2015). Entende-se que o cenário a ser estudado seja um caso único devido às suas particularidades no que se refere à atenção a saúde obstétrica e neonatal para os usuários do SUS no estado de Minas Gerais. Acredita-se ser uma situação única em que muitas variáveis são de interesse à ciência, podendo representar uma importante contribuição à base do conhecimento no que se refere ao entendimento dos trabalhadores da equipe interdisciplinar da saúde em relação às ações educativas do serviço estudado e às contribuições para o desenvolvimento de tal equipe.

Para alcançar os objetivos da pesquisa, foram utilizados como instrumentos de coleta de dados a aplicação de questionários estruturados autoaplicáveis e realização de entrevistas individuais. Por outro lado, também foi utilizada como fonte de dados a pesquisa documental nos arquivos da MOV.

A pesquisa documental é entendida como “[...] um procedimento que se utiliza de métodos e técnicas para a apreensão, compreensão e análise de documentos dos mais variados tipos”. Tais “[...] documentos são fontes de informações, indicações e esclarecimentos” (SILVA-SÁ; ALMEIA; GUINDANI, 2009, p.05) e seus conteúdos podem contribuir para elucidar as questões de pesquisa. Os questionários são definidos por Gil (2008) como um conjunto de questões que são submetidas a pessoas com o propósito de obter informações sobre o problema de pesquisa em estudo, sendo aplicados aos respondentes em formato escrito, impresso ou virtual, na maioria das vezes são autoaplicados. Já a entrevista é uma técnica de coleta de dados que se distingue dos questionários no sentido de que ela se dá por meio de uma interação pessoal entre o investigador e o respondente; assim, são feitas perguntas a este com o intuito de responder os objetivos da investigação. Na entrevista, tem-se a possibilidade de complementação, detalhamento ou explicitação das questões pelo pesquisador quanto do participante da pesquisa por meio do diálogo. A maioria das

entrevistas se dá por meio de um roteiro de perguntas semiestruturado (idem). Dessa forma, tentou-se aliar as duas fontes de coletas de dados e os dois instrumentos de coletas de dados para elucidar as impressões reais dos participantes do estudo em relação às atividades educativas desenvolvidas na instituição e suas contribuições para a formação no trabalho.

5.2 Cenário do estudo

A MOV situa-se na Avenida do Contorno, 9494, Bairro Prado, regional oeste de Belo Horizonte. Sua construção foi iniciada em 1944 pela Legião Brasileira de Assistência Social, sendo inaugurada em 1955 pela Sra. Odete Valadares e desde sua fundação até os anos 80 a MOV foi exclusivamente uma "Casa de Parto", onde a única função era evitar que as parturientes tivessem seus filhos na rua, desse modo, tornou-se o principal centro de atendimento à população feminina em Belo Horizonte e Minas Gerais. Entre 1956 a 1971, esteve ligada a Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte, funcionando como maternidade e hospital da criança. De 1971 e 1976, a Fundação Estadual de Assistência Médica de Urgência passou a manter a maternidade e seu caráter filantrópico. Em 1977, integrou a Legião Brasileira de Assistência Social. Em 1990 passou a ser mantida pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social ligada a SES e, finalmente em 1991 foi integrada a rede de hospitais da FHEMIG. Em 1980, a Maternidade ampliou o seu atendimento e passou a funcionar como um pronto socorro obstétrico-ginecológico, com demanda principalmente em gravidez de alto risco, o que levou à criação do ambulatório de pré-natal, ginecologia e planejamento familiar. Em 1986, a MOV tornou-se referência em gestação de alto risco e inaugurou o Banco de Leite Humano, referência no estado de Minas Gerais, tendo como objetivo o incentivo ao aleitamento materno e à redução da mortalidade infantil. Nos anos 2000, recebeu habilitação estadual para o cuidado intensivo neonatal, cuidado intermediário neonatal do Método Canguru e cuidado intensivo adulto materno-obstétrico.²²

²² Dados encontrados por meio da pesquisa documental em texto denominado "Histórico da MOV". 05p. Não publicado.

Figura 1- Banner Maternidade Odete Valadares, Belo Horizonte, Minas Gerais.



A MOV, uma maternidade pública mineira pertencente atualmente a FHEMIG, presta assistência integral à saúde da mulher e ao neonato, nos níveis secundário e terciário²³ de atenção à saúde, e atende exclusivamente pelo SUS. Localiza-se na capital mineira, é referência no estado para o alto risco obstétrico e neonatal²⁴, possui o único Centro de Terapia Intensiva (CTI) especializado nos casos materno-obstétricos do estado e tem, atualmente, 125 leitos para internação. Presta os serviços de atendimento ambulatorial de pré-natal de alto risco obstétrico, atendimento ambulatorial de casos ginecológicos clínicos e cirúrgicos,

²³ Na rede de saúde, a atenção secundária é formada pelos serviços especializados em nível ambulatorial e hospitalar, com densidade tecnológica intermediária, compreendendo os serviços médicos especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico e atendimento de urgência e emergência. A atenção terciária é integrada pelos serviços ambulatoriais e hospitalares especializados de alta complexidade, carregados de tecnologias duras, como o caso dos CTI's (BRASIL, 2006b).

²⁴ De acordo com o Ministério da Saúde a gravidez de alto risco é "aquela na qual a vida ou saúde da mãe e/ou do feto e/ou do recém-nascido, têm maiores chances de serem atingidas que as da média da população considerada" (Caldeyro-Barcia, 1973, *apud* BRASIL, 2000, p.13).

acompanhamento ambulatorial de recém-nascido com intercorrências perinatais, realização de cirurgias ginecológicas eletivas, atendimento de vítimas de violência sexual com acompanhamento ambulatorial e realização de abortos legais previstos em lei, atendimento de urgência e emergência obstétrica e ginecológica, realização e acompanhamento de partos normais, cesáreas e outros procedimentos obstétricos necessários, internação clínica obstétrica de alto risco com intercorrências gestacionais, internações do binômio mãe-filho no pós-parto imediato em regime de alojamento conjunto 24 horas por dia, internações clínicas ginecológicas, internações em unidades de cuidados intermediários e de cuidados intensivos para o recém-nascido e realização de algumas cirurgias de emergência em recém-nascido (MOV, 2015). Para atender a todas as necessidades assistências supracitadas, a MOV tem um corpo clínico de profissionais da saúde muito diverso, procurando atender integralmente em todos os momentos assistenciais os usuários do sistema de saúde para quais presta assistência. Mais informações a respeito da equipe de saúde serão descritas no subitem abaixo.

A MOV tem como missão prestar assistência integral à saúde da mulher e ao neonato, também funcionando como Hospital Escola, oferecendo oportunidades de capacitação e aprimoramento para profissionais da área de saúde. Atualmente, acolhe acadêmicos de graduação de diversas áreas da saúde, residências médicas em ginecologia e obstetrícia, pediatria e anestesiologia, e está em processo de liberação para ser campo de residência de enfermagem obstétrica. Ainda de acordo com sítio institucional, a MOV tem como visão tornar-se um Centro de Excelência em ginecologia e gestação de alto risco (MOV, 2015).

5.3 Participantes do estudo

No que se refere aos participantes da pesquisa, foi definido como critério básico para inclusão na pesquisa serem trabalhadores da equipe interdisciplinar de saúde, ou seja, profissionais diretamente ligados à prestação da assistência à saúde aos usuários do serviço em questão. Nesse sentido, foram excluídos os profissionais que estivessem, por ocasião da pesquisa, em desvio de função ou em cargos de chefia ou coordenação. Todos os trabalhadores incluídos também são servidores estaduais efetivos, ou seja, seus vínculos de trabalho não se dão por contratos temporários, pois a meta estabelecida internamente para avaliar a qualificação oferecida aos servidores incide apenas nos servidores efetivos.²⁵

²⁵ A meta de qualificação dos servidores será melhor discutida na análise de dados.

Para a determinação das informantes-chave foram consideradas as profissionais que estão em cargos de chefia ou coordenação das ações educativas na instituição, bem como na FHEMIG central. Assim, foram identificadas apenas três informantes-chaves, as quais foram convidadas a participarem da pesquisa e puderam esclarecer alguns pontos que restaram não esclarecidos na busca documental, bem como reforçaram/refutaram os achados extraídos dos questionários aplicados aos profissionais da equipe interdisciplinar.

Por meio de levantamento quantitativo dos profissionais de cada categoria profissional da MOV, foram identificados os seguintes números de trabalhadores que compõe a equipe interdisciplinar da saúde: 290 técnicos de enfermagem, 159 médicos, 95 enfermeiros, 45 técnicos de patologia clínica, 37 fisioterapeutas, 10 técnicos de farmácia, 09 farmacêuticos/bioquímicos, 09 técnicos em radiologia, 07 psicólogos, 05 fonoaudiólogos, 05 assistentes sociais, 04 terapeutas ocupacionais, 03 técnicos em nutrição, 03 técnicos em segurança do trabalho, 02 nutricionistas. O total de profissionais com potencial para serem estudados foram 683 trabalhadores da saúde. Estes dados tomaram como base o dimensionamento de pessoal realizado pelo departamento de pessoal da MOV em 23 de agosto de 2016.²⁶

Segundo Creswell (2007), estudos do tipo levantamentos têm por objetivos analisar, descrever ou mesmo comparar um conjunto de características de subgrupos da população, ou fornecer generalizações a partir de uma amostra para uma população. Desse modo, o planejamento amostral dimensiona o número de participantes e a técnica de coleta das informações. Assim, a maior parte dos testes estatísticos permite inferir que a amostra é parte representativa da população estudada. Em alguns casos, a escolha da amostra ocorre por conveniência, e, portanto, pode não representar adequadamente toda a população do estudo.

Para este estudo optou-se por realizar a determinação de amostra representativa da população a ser estudada, uma vez que a pesquisadora é uma das trabalhadoras da equipe interdisciplinar de saúde e havia a preocupação em se fazer generalizações acerca das ações educativas na instituição estudada que representassem os próprios trabalhadores de toda a equipe interdisciplinar de saúde, e não mera pesquisa opinativa.

É importante lembrar que o cálculo amostral para esta pesquisa permitiu unir a significância estatística ao significado qualitativo dos resultados obtidos na pesquisa. Assim sendo, a literatura recomenda que em estudos de caso do tipo original, sejam realizados pré-testes (estudo piloto) com 30 a 40 indivíduos para estimar os parâmetros necessários ao

²⁶ Dados encontrados por meio da pesquisa documental e acesso aos dados funcionais dos servidores efetivos da MOV.

cálculo amostral. Neste estudo foram selecionados aleatoriamente dentro do universo amostral possível e que correspondiam aos critérios de inclusão 20 indivíduos que responderam ao pré-teste, e partir dos dados encontrados no pré-teste foram estabelecidos os parâmetros para o cálculo amostral (CARNEIRO, 2016).²⁷

Para a presente pesquisa foi necessário determinar a proporção na população e a precisão da estimativa²⁸ que foi de 80% (CARNEIRO, 2016).

Aplicou-se esta estimativa na fórmula $[N (p.q) (Z_{\alpha/2})^2 / (N-1) (E)^2 + p.q (Z_{\alpha/2})^2]$ para amostras com número de participantes limitados, uma vez que o universo amostral estudado é finito. Os parâmetros definidos nesta fórmula são:

N: Número total de unidades amostrais do universo possível de investigação = 683 funcionários

p: Proporção da resposta de interesse na amostra: 20% (evento principal percentual)

q: Proporção da diferença. Proporção: 80% (100- 20)

$Z_{\alpha/2}$: Erro do tipo 2: Beta: 1,96 (poder do teste)

E^2 : Erro tipo 1: Alfa: 0,05 (nível de significância)

Resultado: $N (p.q) (Z_{\alpha/2})^2 / (N-1) (E)^2 + p.q (Z_{\alpha/2})^2 = 683. (0,2.0,8) . (1,96)^2 / (683-1) . (0,05)^2 + (0,2.0,8) . (1,96)^2 = 180$ unidades amostrais (CARNEIRO, 2016).

Dentro desse universo amostral (180 indivíduos), as unidades amostrais foram distribuídas segundo a proporção de indivíduos dentro de cada micro universo amostral, definido *a priori* pela pesquisadora (função exercida dentro do universo amostral = categoria profissional). Assim, foram determinados os seguintes quantitativos de cada categoria profissional para realização da pesquisa: 78 técnicos de enfermagem, 44 médicos, 23 enfermeiros, 09 técnicos de patologia clínica, 09 fisioterapeutas, 02 técnicos de farmácia, 02 farmacêuticos/bioquímicos, 02 técnicos em radiologia, 02 psicólogos, 02 fonoaudiólogos, 02 assistentes sociais, 02 terapeutas ocupacionais, 01 técnico em nutrição, 01 técnico em segurança do trabalho, 01 nutricionista (CARNEIRO, 2016). Optou-se pelo cálculo amostral para que houvesse representativa de todas as categorias profissionais no estudo em igual peso e teor de informações, perpassando pela necessidade da pesquisadora em dar voz aos

²⁷ CARNEIRO, 2016. Todos os créditos dos dados estatísticos calculados para determinação da amostra desta pesquisa foram atribuídos e realizados por Patrícia Sanches Carneiro, mestre em medicina e biomedicina, da Empresa Próbioestatística. Site para acesso: www.probioestatitica.com.

²⁸ **Proporção na população:** é a proporção já conhecida de estudos anteriores ou de dados de literatura, que por meio do estudo piloto determinou-se 20%. **Precisão da estimativa:** indica o quanto a estimativa deve se distanciar da verdadeira proporção, em geral esta precisão é dada pela diferença entre a proporção da população e a que se pretende estimar e pode ser expressa diretamente em pontos percentuais (CARNEIRO, 2016).

participantes da pesquisa e construindo com a pesquisa um retrato de um todo do universo pesquisado.

5.4 Instrumentos e procedimentos de coletas de dados

A coleta de dados se deu a partir de três momentos: 1) pesquisa documental, por meio de busca dos documentos normativos e históricos da FHEMIG, da MOV e do NEP/MOV, visando a identificação de quais e quantas ações de EPS foram oferecidas em um período determinado (retrospecção) e a identificação do quantitativo de profissionais com potencial para ser investigados; 2) questionários estruturados autoaplicáveis, que foram aplicados à equipe interdisciplinar de saúde da MOV para extrair aspectos sobre as atividades formativas que foram desenvolvidas na retrospecção escolhida, visando apreender como tais trabalhadores avaliam as ações de educação permanente da instituição e a maneira como estas foram desenvolvidas; 3) entrevista semiestruturada, realizada com as três informantes-chave da FHEMIG e MOV, as quais são profissionais que estão institucionalmente à frente das ações de formação em serviço na FHEMIG ou MOV. Estes três instrumentos permitiram à pesquisadora configurar os aspectos determinantes e relacionados à formação em serviço na instituição estudada, a fim de serem elaboradas conclusões mais certeiras.

Na fase de pesquisa documental a pesquisadora teve acesso aos documentos históricos e normativos da FHEMIG, da MOV, do NEP, documentos referentes às quantas e quais ações educativas foram desenvolvidas na MOV no primeiro trimestre de 2016 e dados quantitativos dos servidores de cada categoria profissional. Os dados obtidos por meio da pesquisa documental subsidiaram a escrita de todo o texto da dissertação dos capítulos e não se limitando, dessa forma, apenas ao capítulo da análise de dados.

O questionário estruturado autoaplicável foi criado pela pesquisadora tomando por base os objetivos da pesquisa. Antes do início da coleta de dados, foi aplicado em forma de teste piloto a 20 profissionais da saúde que também atendiam aos mesmos critérios de inclusão e exclusão definidos para este estudo, a fim de adequá-lo quanto à clareza e objetividade das perguntas. Os trabalhadores aos quais foi aplicado o teste piloto do questionário não compuseram a amostra final desta pesquisa. Após o teste piloto, foram feitas adaptações no questionário e foi adotada a versão final (APENDICE A).

Para a aplicação dos questionários estruturados após a delimitação do quantitativo de cada categoria profissional, a pesquisadora pessoalmente em contato com cada profissional realizou o convite para a participação no estudo, explicitou os objetivos e finalidade do

mesmo, garantiu sigilo absoluto das informações e confidencialidade dos dados, ofereceu e explicou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APENDICE B). Após o aceite e assinatura do TCLE o participante convidado recebeu o questionário estruturado. Os convites aconteceram no horário de trabalho dos profissionais, à medida que os mesmos dispunham de tempo para atender a pesquisadora. Cada participante convidado acordou com a pesquisadora qual o tempo dispenderia para a devolutiva do questionário respondido. De modo que a pesquisadora respeitou o tempo de cada profissional, não impôs prazos e deixou livre a escolha e devolutiva. As devolutivas aconteceram conforme o acordado entre ambas as partes, em locais e datas determinadas pelos participantes. Para que a amostra determinada fosse atingida, a pesquisadora iniciou a entrega dos questionários em 25 de julho de 2016 e terminou com a última devolutiva de questionário em 29 de setembro de 2016. Nesta fase de coleta respeitou-se o N determinado para a amostra da pesquisa, não sendo seguidos parâmetros de saturação de dados comuns em pesquisas qualitativas.

Os questionários foram entregues aleatoriamente aos profissionais que estavam no plantão no dia e momento de entrega, bem como foram entregues em todos os turnos de trabalho, matutino, vespertino e noturno e nos diversos setores da MOV, para obter amostra de opiniões de profissionais em todos os turnos de trabalho e diversos setores de trabalho. Foram distribuídos 190 questionários, com não devolutiva de 10 participantes. Nenhum participante convidado se negou explicitamente a participar do estudo. Os dados dos 180 questionários devolvidos foram posteriormente transcritos e compõem o capítulo da análise dos dados desta pesquisa.

Na fase de realização das entrevistas semiestruturadas (APENDICE C) foram convidadas as três informantes-chave da FHEMIG e MOV²⁹ que são as responsáveis pela coordenação das atividades educativas na instituição. Os cargos e funções das mesmas não serão explicitados para não haver exposição das mesmas, pois o número de informantes-chave é muito reduzido. As três informantes-chave foram convidadas a participar da pesquisa com o intuito de esclarecer para a pesquisadora alguns pontos que ainda não ficaram claros na pesquisa documental e completar/refutar o exposto pelos trabalhadores da saúde nos questionários estruturados. Após serem explicitados os objetivos e finalidades da pesquisa as mesmas aceitaram em participar por livre e espontânea vontade, assinaram o TCLE e foram realizadas entrevistas em local, data e horários determinados pelas informantes-chave. As

²⁹ Estas informantes-chave exercem cargos de chefia e coordenação de ações educativas na FHEMIG e na MOV, e por tal motivo não estão incluídas no grupo que chamaremos de trabalhadores da saúde nesta pesquisa. São um grupo a parte, que puderam esclarecer alguns pontos que ainda não ficaram claros na pesquisa documental. Foram identificadas apenas três profissionais que estão à frente das ações educativas na instituição.

entrevistas foram direcionadas por questões previamente estabelecidas pela pesquisadora (APENDICE D), gravadas em gravador digital e posteriormente transcritas e compõe o capítulo da análise dos dados desta pesquisa.

5.4 Compreensão dos dados

Foi utilizada na análise de dados a estratégia aninhada concomitante, na qual os dados mistos são coletados concomitantemente, porém é feita apenas uma análise de todo o material quantitativo e qualitativo, sem separação por tipo de dado. Ou seja, a análise dos dados representa os dados mistos (quanti-qualitativos) sem maior peso para um ou para outro tipo de dado (CRESWELL, 2007).

O tratamento dos dados se deu por meio da Análise Temática de Conteúdo, seguindo a perspectiva teórica de Laurence Bardin (2016). A Análise Temática de Conteúdo é definida por:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) dessas mensagens (BARDIN, 2016, p.48).

A Análise Temática de Conteúdo é técnica de investigação que através de uma descrição objetiva e sistemática do conteúdo manifesto nas comunicações, tem a finalidade de interpretar estas mesmas comunicações. Para que o pesquisador passe da fase de descrição para a fase de interpretação é necessário ao mesmo levantar inferências acerca dos conteúdos em estudo tomando por base os objetivos iniciais da pesquisa (BARDIN, 2016).

Para entender com mais clareza, a autora (idem) explicita que são utilizadas das seguintes etapas para análise temática dos conteúdos da pesquisa: “pré-análise” dos dados, “exploração do material” e “tratamento dos resultados, inferência e interpretação referencial”. A “pré-análise” dos instrumentos permitiu a leitura “flutuante” dos documentos, o que levou as descrições analíticas das respostas sendo essas agrupadas por categorias, posteriormente, e só então elaboradas inferências acerca dos dados encontrados.

Dessa forma, por meio da coleta dos dados obtidos a partir dos questionários estruturados, pretendeu-se subsidiar a produção de interpretações e explicações para o problema de pesquisa e para as questões investigativas propostas.

Os questionários apresentaram dados numéricos e dados do tipo texto, sendo realizado o tratamento de todos os dados dos 180 questionários aplicados. Todos os dados dos

questionários, bem como as entrevistas foram transcritos para arquivo texto. As questões do questionário que tinham múltipla escolha foram inicialmente agrupadas em frequências de respostas, a fim de serem determinados os quantitativos de cada resposta e procurar analisar o que se sobressaiu ou não em relação aos objetivos da pesquisa em cada uma das questões de múltipla escolha. Já as respostas abertas (do tipo texto livre para a resposta do participante) foram digitadas e agrupadas por questão para análise temática de conteúdo. O mesmo procedimento foi realizado com as entrevistas.

Durante a fase de “pré-análise” dos dados da pesquisa por meio da “leitura flutuante” das informações, houve a organização dos dados da pesquisa ou *corpus* a ser analisado para atendimento aos objetivos propostos inicialmente para o estudo. Assim, foi estabelecido o contato da pesquisadora com os dados e gerando as primeiras impressões sobre os mesmos. Nesse ponto, surgiram as primeiras hipóteses e indícios que norteariam a análise. Na fase de “exploração do material” os dados foram codificados a partir das unidades de registro identificadas nas leituras. Para determinação das unidades de registro observou-se a frequência que tais unidades de registro emergiam nos dados, mantendo em toda a análise dos dados as maiores frequências das unidades de registro. Nesse ponto, foram determinadas as categorias de análise para a pesquisa, por meio da identificação de características comuns dos excertos que emergiram na interpretação dos dados e que respondiam aos objetivos da pesquisa. Para melhor organização dos dados e suas análises foram estabelecidas subcategorias, para algumas categorias quando assim o fosse necessário. Na fase de “tratamento dos resultados, inferência e interpretação referencial” foi elaborada a análise temática do conteúdo dos questionários e das entrevistas, subsidiando a elaboração da interpretação referencial, por meio de operações estatísticas simples ou análises de fragmentos de textos, considerando não apenas o conteúdo manifesto, mas também, o conteúdo latente contido neles, e levantadas inferências e sínteses acerca dos dados encontrados. A interpretação referencial foi balizada pelos pressupostos teóricos desta pesquisa (BARDIN, 2016).

5.5 Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da FHEMIG e à Plataforma Brasil, e apenas após sua aprovação os dados foram coletados. A pesquisa foi

aprovada com os pareceres nº 1.414.032/2016, nº 1.446.379/2016 e nº 1.628.872/2016³⁰, (ANEXOS A, B e C) resguardados todos os aspectos éticos de que trata a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/12, para a pesquisa com seres humanos (BRASIL, 2012b). Para a coleta de dados houve prévia elucidação do tema da pesquisa e assinatura do TCLE por todos os participantes da pesquisa.

A participação na pesquisa se deu de forma voluntária e não remunerada, com explicitação de quaisquer dúvidas aos participantes no transcorrer da pesquisa. O estudo apresentou baixos riscos, pois se baseou em entrevistas e preenchimento de questionários, sem intervenção clínica. Contudo, não há benefícios diretos para os participantes, mas poderá haver para a comunidade científica em geral e para a FHEMIG. Aos participantes foi garantido o direito de retirarem o consentimento de participação durante a realização da pesquisa, além de garantia de sigilo e explicitação dos dados como retrato de um grupo e não de um profissional em particular. Os dados dessa pesquisa podem ser publicados em periódicos nacionais ou internacionais, bem como eventos científicos de áreas afins. Todos os dados desta pesquisa serão guardados em posse da pesquisadora principal por cinco anos após a apresentação de publicitação dos dados, podendo ser destruídos após esse período.

A limitação que se interpõe a esta pesquisa diz respeito à pesquisadora principal ser uma das trabalhadoras da saúde do serviço estudado e fazer parte da equipe interdisciplinar em questão, por isso foi necessário a realização de exercício teórico contínuo de distanciamento da pesquisadora com o objeto pesquisado. Nesse sentido, Sant'Ana (2010, p.377) explicita que “[...] a pessoa precisa descentrar-se de si mesma para compreender as intenções subjetivas que orientam a ação dos outros, o que exige retirar do fluxo de interações sociais os elementos que lhes dão inteligibilidade”. Assim, ao pesquisador é necessário que se distancie de si mesmo e passe a observar as diferentes perspectivas do objeto de pesquisa, e a partir delas contribuir para a construção do conhecimento em determinada área do conhecimento.

6 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

6.1 Caracterização dos participantes da pesquisa

³⁰ O projeto de pesquisa em questão teve três pareceres de aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa da FHEMIG porque inicialmente o projeto previa apenas a análise documental e a aplicação dos questionários, porém após a apreciação das pareceristas do projeto foi acolhida a sugestão de inclusão de algumas informantes-chave ao estudo a fim de ampliar a análise, por isso foi submetido a reanálise pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

Participaram deste estudo os trabalhadores que compõem a equipe interdisciplinar de saúde da MOV e atuam diretamente com o usuário do SUS. A tabela 1, a seguir, apresenta a caracterização dos participantes deste estudo no que se refere à idade, sexo, cargo/função exercidas, formação acadêmica e tempo de formado.

Tabela 1 – Caracterização dos participantes do estudo - trabalhadores da equipe interdisciplinar da Maternidade Odete Valadares, Belo Horizonte, MG, 2016.

Variáveis	Nº	%
Faixa etária		
20-30 anos	16	8,88
31-40 anos	77	42,77
41-50 anos	50	27,77
51-60 anos	23	12,77
Mais de 60 anos	03	1,66
Não Respondeu	11	6,11
Total	180	100
Sexo		
Feminino	162	90
Masculino	18	10
Total	180	100
Cargo/Função		
Superior	86	47,77
Médio	92	51,11
Não respondeu	02	11,11
Total	180	100
Formação acadêmica		
Superior	40	22,22
Superior + Lato Sensu	60	33,33
Superior + Stricto Sensu	04	2,22
Médio	75	41,66
Não respondeu	01	0,55
Total	180	100
Tempo de Formação		
1-4 anos	11	6,11
5-9 anos	52	28,88
10-20 anos	75	41,66
Mais 20 anos	37	20,55
Não respondeu	05	2,77
Total	180	100

Ao analisar os dados da caracterização dos participantes do estudo constatou-se que, em relação à idade, 16 encontram-se na faixa etária de 20 a 30 anos (8,88%), 77 estão entre 31 a 40 anos (42,77%), 50 na faixa etária de 41 a 50 anos (27,77%), 23 na faixa etária de 51 a 60 anos (12,77%), apenas 03 têm mais de 60 anos (1,66%), e 11 não responderam

(6,11%). Observa-se com isso uma pequena maioria de trabalhadores na idade de 31 a 40 anos, talvez por grande parte dos mesmos terem sido admitidos no último concurso da FHEMIG realizado em 2009 (não foi feito levantamento da relação direta da entrada dos servidores na instituição).

Sobre o sexo dos participantes observa-se que 162 (90%) são do sexo feminino e apenas 18 (10%) do sexo masculino. Esse dado reforça a observação de que a força de trabalho nos serviços de saúde é composta majoritariamente de mulheres. Nesse sentido, Matos, Toassi e Oliveira (2013) referem que a inserção da mulher no mercado de trabalho da saúde é um fenômeno em expansão e dentre as especialidades do setor saúde a força de trabalho feminina representa cerca de 70% de toda a forma de trabalho atuante. Nesta pesquisa houve ainda maior prevalência de mulheres atuando na assistência direta ao paciente quando comparado com tais autores citados. Desse modo, pode-se afirmar que há feminilização do trabalho em saúde no serviço estudado.

Em relação ao cargo que os participantes exercem na MOV tem-se que: 86 atuam em cargos de nível superior (47,77%), 92 atuam em cargos de nível médio foram (51,11%) e 02 participantes não responderam ao questionamento (1,11%).

Quanto à formação acadêmica dos participantes, essa pergunta se referiu à formação que o participante já concluiu, não estando diretamente relacionada ao cargo que exerce atualmente na MOV, pois alguns profissionais têm formação acadêmica acima ao cargo que exercem. Assim, os que dizem que têm o ensino superior completo foram 40 participantes (22,22%), outros 60 participantes referiram ter ensino superior completo e pós-graduação em nível de especialização *lato sensu* (33,33%), e entre os que têm doutorado ou mestrado apenas 04 participantes afirmaram tal situação (2,22%). Os que têm apenas o ensino médio completo são 75 participantes (41,66%), nenhum dos participantes afirmou ter apenas ensino fundamental e 01 participante não respondeu ao questionamento (0,55%).

Analisando os cargos e funções desempenhados pelos trabalhadores em relação à formação acadêmica máxima que apresentam, encontra-se maior número de formações acadêmicas no ensino superior que a relação direta com os cargos ocupados. Desse modo, observa-se que 57,77% dos participantes têm formação em nível superior em todos os níveis, desde a graduação, pós-graduação em nível de especialização e mestrado/doutorado, enquanto que 47,77% destes estão atuando, de fato em funções de nível superior. Isto revela que 10% dos participantes do estudo, apesar de terem ensino superior completo, continuam atuando em funções de nível médio. Essa situação pode estar relacionada ao plano de carreiras da FHEMIG, o qual proporciona incentivos financeiros aos servidores que auferem escolaridade

maior que a exigida na admissão, desde que relacionada com a área de atuação (FHEMIG, 2005³¹).

Já em relação ao tempo de formação, observa-se que nenhum participante refere que tem menos de um ano. Outros 11 trabalhadores (6,11%) informaram que têm entre 1 e 4 anos de formação na área de atuação. Os que responderam que têm entre 5 e 9 anos de foram 52 (28,88%), entre 10 e 19 anos foram 75 (41,66%), os que dizem terem acima de 20 anos foram 37 (20,55%) e os que não responderam foram 05 participantes (2,77%). Observa-se com esses dados que não há prevalência, para os participantes estudados, de um tempo de formado em relação a outros e constata-se apenas que uma pequena porcentagem tem entre 1 e 4 anos, representando apenas 6,11% dos estudados. Esse fato demonstra que cerca de 90% dos participantes do estudo tem mais de 05 anos de formado, ou seja, são profissionais que podem estar distantes de ações formativas formais por mais de 05 anos e podem, por isso, necessitar de intervenções educativas que lhes proporcionem conhecimentos mais atuais acerca da área de atuação.

Após a exposição e delimitação dos dados que caracterizam os participantes do estudo, segue-se a análise dos dados obtidos por meio do questionário estruturado criado pela pesquisadora e aplicado aos trabalhadores da equipe interdisciplinar de saúde da MOV e das entrevistas às informantes-chave. Esta análise foi dividida em cinco categorias para melhor compreensão dos dados, a fim de responder à questão e aos objetivos da pesquisa. Em virtude da vastidão dos dados da pesquisa, tendo em vista o grande número de participantes, foram selecionados os extratos que mais responderiam aos objetivos da pesquisa para ilustrar as categorias e subcategorias, principalmente no que diz respeito às questões dissertativas do questionário aplicado aos trabalhadores da saúde.

As categorias de análise identificadas são: **“A concepção da Educação Permanente em Saúde”**, em que perguntas foram realizadas para tentar apurar qual é o conhecimento da equipe interdisciplinar de saúde acerca do conceito EPS e o conhecimento e entendimento dos trabalhadores da saúde sobre a PNEPS. Na categoria **“Demandas de formação e planejamento das ações educativas”** as perguntas foram direcionadas para o trabalhador demonstrar como observa a identificação das demandas de formação da MOV, quem planeja as ações educativas, a qual público se destina as ações educativas da instituição,

³¹ Ver Lei 15.462, de 13 de janeiro de 2005, que Institui as carreiras do Grupo de Atividades de Saúde do Poder Executivo disponível em: http://hera.almg.gov.br/cgi-bin/nph-brs?co1=e&d=NJMG&p=1&u=http://www.almg.gov.br/njmg/chama_pesquisa.asp&SECT1=IMAGE&SECT2=THESOFF&SECT3=PLUROFF&SECT6=HITIMG&SECT7=LINKON&l=20&r=1&f=G&s1=LEI%2015462%202005.NORM.&SECT8=SOCONS. Acesso em 10 de novembro de 2016 as 10:40hs.

a quais necessidades de formação tais ações correspondem, bem como se sentem-se integrados na elaboração das ações educativas ou se desejam ser integrados em tal elaboração. Essa categoria foi subdividida em três subcategorias de análise. A terceira categoria de análise diz respeito à **“Operacionalização das ações educativas”** e, por meio de perguntas direcionadas, o trabalhador da equipe interdisciplinar pôde responder como as ações educativas interferiram na sua prática profissional diária, quais dificuldades a equipe encontrou para participar das ações educativas da MOV, e como eles avaliam que é feita a definição dos trabalhadores que participam das ações educativas. A quarta categoria se refere a **“Reflexão sobre o processo de trabalho pela equipe interdisciplinar de saúde”**, na qual as perguntas tentaram captar se os trabalhadores da equipe interdisciplinar da MOV refletem sobre suas práticas profissionais a fim de identificar suas demandas de formação e sanar seus problemas diários no exercício de sua função, bem como de que maneira os trabalhadores da equipe interdisciplinar entendem que deveriam ser identificadas as demandas de formação em serviço na instituição estudada. Essa categoria foi subdividida em quatro subcategorias de análise. Por fim, a quinta categoria diz respeito às **“Transformações profissionais por meio das ações educativas”**, em que as perguntas buscaram apreender se os trabalhadores estudados observam transformações em suas práticas profissionais após participarem das ações educativas na instituição, e como caracterizam essa transformação das suas práticas profissionais em saúde. Essa categoria também foi subdividida em duas subcategorias de análise.

Com já foi dito, algumas categorias foram divididas em subcategorias para melhor abordagem dos dados, frente à necessidade de analisar mais profundamente as respostas dos participantes do estudo, principalmente em relação às questões abertas/dissertativas, nas quais puderam expressar com mais detalhes suas opiniões.

Também serão incluídas, no decorrer da discussão dessas categorias de análise, trechos das entrevistas das três informantes-chave, a fim de contribuir com mais clareza para as questões envolvidas no estudo.

Por fim, como intuito de contribuir com o serviço de saúde estudado, foi ainda questionado aos trabalhadores de saúde acerca das demandas de formação de cada participante do estudo, para que, ao fim desta pesquisa, a pesquisadora e o serviço de saúde possam entender e conhecer melhor as necessidades de seus trabalhadores e, se possível, traçarem medidas para atender suas demandas. Este dado será apresentado ao final da análise, mas sem ligação com as categorias acima delimitadas, por se tratar de um elemento extrínseco

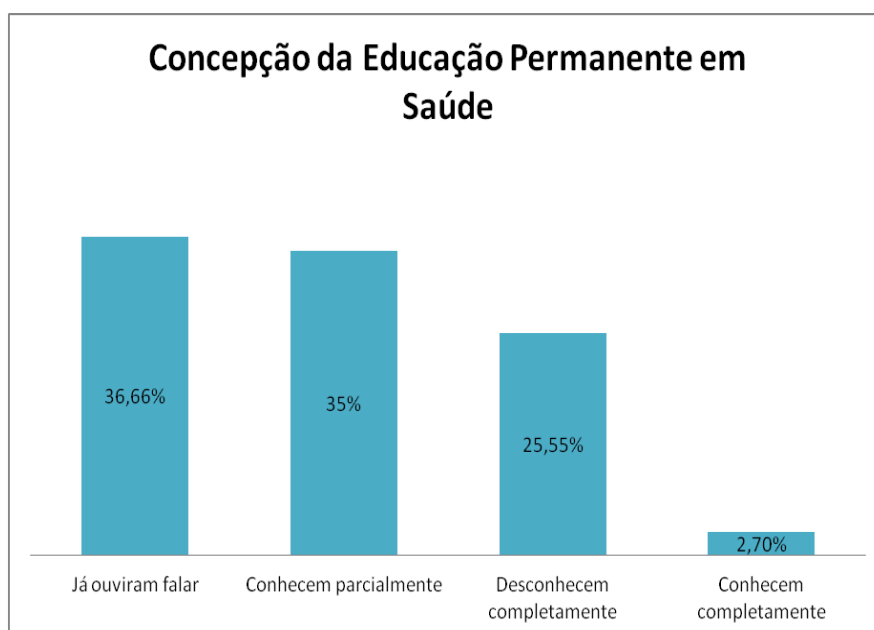
à pesquisa e não ser o objetivo desse estudo aprofundar nas demandas atuais dos participantes do estudo, apenas identificar quais são as demandas de formação dos participantes.

6.2 Categoria 1: A concepção da Educação Permanente em Saúde

Nessa categoria de análise foram feitas três perguntas, a fim de identificar o conhecimento dos trabalhadores da saúde acerca da PNEPS e seus objetivos, bem como o entendimento do conceito de EPS. Ainda serão incluídos os entendimentos das informantes-chave sobre a PNEPS e conceito de EPS.

O gráfico 01 explicita o conhecimento dos participantes do estudo acerca da PNEPS.

Gráfico 1 – Concepção dos trabalhadores da saúde sobre a PNEPS.



Dos 180 participantes do estudo, 66 (36,66%) referiram que já tinham ouvido falar sobre a PNEPS, enquanto que 63 participantes (35%) a conheciam parcialmente. Outros 46 (25,55%) desconheciam completamente a PNEPS, enquanto apenas 05 (2,77%) conheciam completamente a política do Ministério da Saúde (MS). Já em relação às informantes-chave, duas não conhecem a proposta do MS. Observa-se nos trechos: “*Não conheço a proposta*” (informante-chave nº 01) e “*Tive acesso, agente teve porque principalmente agora com essa discussão sobre segurança do paciente então pauta muito nessa questão de priorizar a educação. [...] Não lembro muito do que ela fala*” (informante-chave nº 03). Tais dados

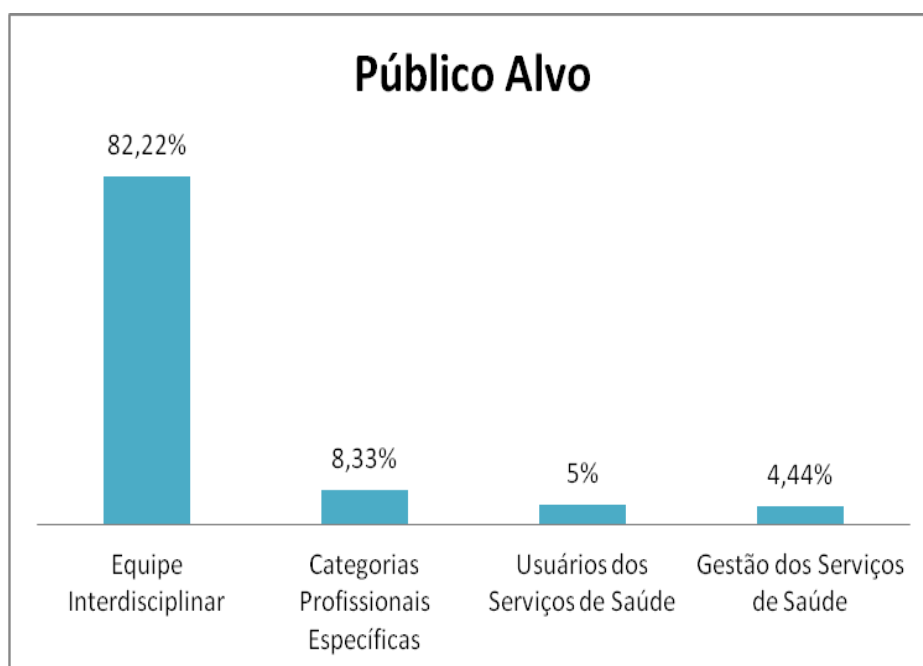
refletem que 62,21% dos participantes do estudo não tem conhecimento da PNEPS ou apenas já ouviram falar a respeito. Esse fato é agravado pelo pouco entendimento das informantes-chave sobre a política citada, em que se observou a confusão de conceitos pelo próprio NEP acerca da EPS, EC e educação em saúde. Pressupõe-se, para esta conclusão, que apenas ouvir falar da política não explicita entendimento das premissas da mesma.

As entrevistas feitas com as informantes-chave explicitaram outra situação preocupante para este estudo - há pouco entendimento institucional acerca da PNEPS. Quanto a esse aspecto, infere-se que tais servidoras são sujeitos importantes para estimular as ações de educação em serviço na instituição e estas demonstraram não ter o conhecimento devido da política que institui a EPS como pauta de discussões e formação nos serviços de saúde do Brasil desde 2004. Nesse sentido, o estudo de Peres, Silva e Barba (2016, p.793) corroboram tais achados quando afirmam que “Se os trabalhadores – e principalmente os gestores – não compreenderem a importância da EPS e não conhecerem a política que a consubstancia, não haverá esforços para que ela seja colocada em prática nos serviços de saúde”.

Por outro lado, uma das informantes-chave refere que *“A política foi meio que deu origem, não vou dizer ao nosso setor, mas a essa visão institucional num geral e foi muito positiva. Acho que idealmente assim é excelente, só que na prática é um pouco diferente da gente (sic) conseguir colocar”* (informante-chave nº 02). Essa fala demonstra certo conhecimento da importância da PNEPS para o serviço, porém ratifica a dificuldade de colocá-la em prática.

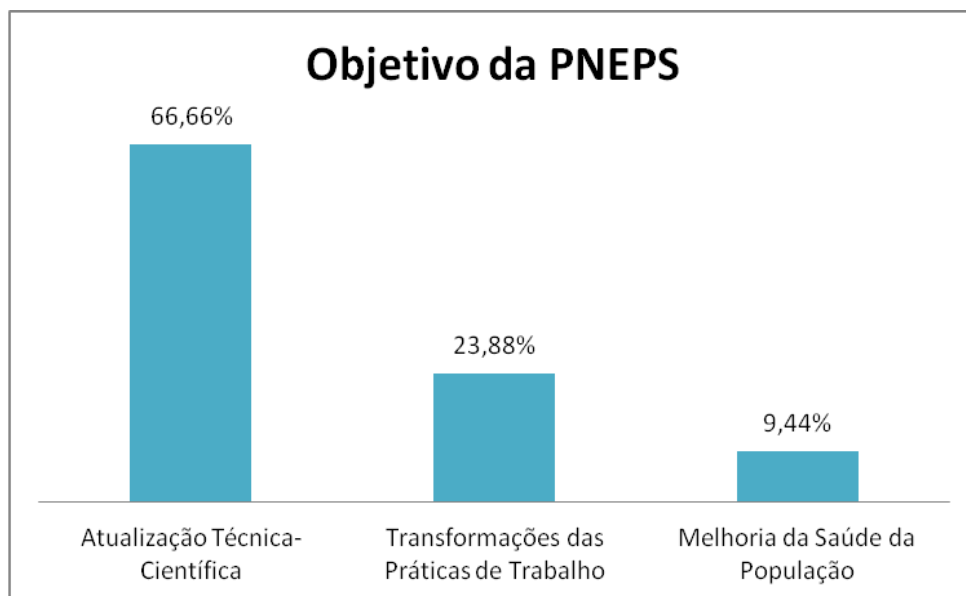
O gráfico 02 apresentado a seguir demonstra o entendimento dos participantes do estudo no que se refere ao público alvo da PNEPS.

Gráfico 2 – Entendimento dos participantes do estudo acerca do público alvo da PNEPS.



Em relação ao entendimento dos participantes do estudo sobre qual é o público alvo da PNEPS, 148 (82,22%) referiram que o público alvo da política é a equipe interdisciplinar de saúde, enquanto 15 (8,33%) afirmaram ser o público alvo as categorias profissionais específicas, 09 (5%) e 08 (4,44%) acreditavam ser os usuários dos serviços de saúde e a gestão dos serviços de saúde, respectivamente (GRÁFICO 2).

Gráfico 3 – Entendimento dos participantes da pesquisa sobre o objetivo da PNEPS.



Em relação ao objetivo principal da PNEPS, 120 (66,66%) participantes afirmaram que se refere à atualização técnico-científica dos trabalhadores da saúde, enquanto que 43 (23,88%) mencionaram ser o objetivo principal as transformações das práticas de trabalho dos trabalhadores, e 17 (9,44%) acreditam ser para a melhoria da saúde das populações (GRÁFICO 3). Nenhum participante referiu que o objetivo principal da política seria a orientação do usuário para o autocuidado. Apenas uma das informantes-chave conseguiu demonstrar o seu entendimento acerca dos objetivos da EPS, como se pode observar no trecho: *“EPS seria aquela educação que ela se origina no trabalho e ela é voltada para o trabalho, então seria uma educação que visa mudar realmente a prática do trabalhador, é, acho que é basicamente isso”* (informante-chave nº 02). As outras duas informantes-chave não expressaram o entendimento do objetivo da PNEPS.

Como já discutido acima, apesar da maior parte dos participantes do estudo não conhecerem a PNEPS, observa-se que a maioria afirmou que as ações da PNEPS devem ser direcionadas à equipe interdisciplinar de saúde, como de fato está previsto na normatização de tal proposta. Nesse sentido, Montanha e Peduzzi (2010) afirmam que as atividades educativas dos trabalhadores da saúde devem contemplar, além das necessidades individuais, a perspectiva do trabalho em equipe interdisciplinar e multiprofissional. Tais autoras corroboram o achado acima de que as ações educativas sejam voltadas à equipe interdisciplinar de saúde. Esse dado pode indicar ainda certa coesão ou vontade dos participantes do estudo em ações educativas voltadas à interdisciplinaridade.

Contudo, em relação ao objetivo principal, observa-se que há prevalência dos participantes que acreditam que devam ser desenvolvidas ações educativas voltadas apenas para a atualização técnico-científica (66,66%), em oposição ao previsto pela PNEPS que preconiza a transformação nas práticas profissionais por meio da reflexão dos processos de trabalho. Em estudo descritivo realizado por Souza (2013), o autor afirma que 80% dos servidores do serviço estudado não conheciam o conceito, a concepção ou objetivo da EPS. Silva L. *et al.* (2016) também demonstraram em seu estudo o parco conhecimento dos participantes sobre a EPS. No tocante a esse quesito, observa-se que apesar de os participantes entenderem que as ações de EPS devam ser direcionadas às necessidades das equipes interdisciplinares de saúde, estes sugerem que tais ações, em sua grande maioria, devam corresponder a atualizações técnico-científicas. Peres, Silva e Barba (2016) sustentam tais conclusões, ao afirmarem que há incompreensão sobre a PNEPS pelos gestores e pelos trabalhadores da saúde, uma vez que não há diálogo entre estes atores, de modo que os trabalhadores não entendem a essência das ações de EPS, associando-as às atividades que têm acesso, como capacitações e atualizações.

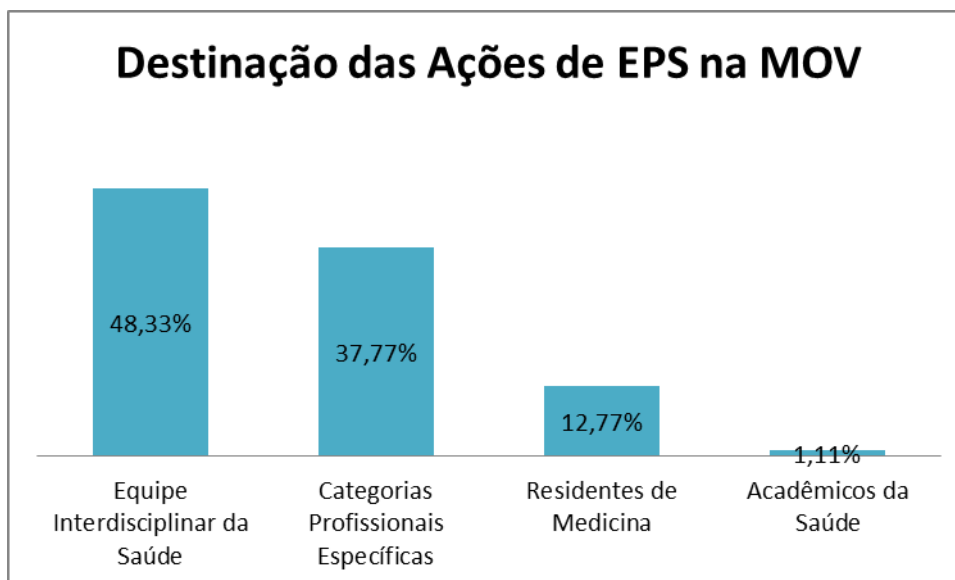
6.3 Categoria 2: Demandas de formação e planejamento das ações educativas

Nessa categoria de análise será avaliado como o trabalhador julga a identificação das demandas de formação na MOV no que se refere ao planejamento das ações educativas, ao público ao qual se destina e a quais demandas as atividades educativas desenvolvidas na instituição atendem. Avaliaram ainda se há integração entre os trabalhadores e o planejamento das propostas educativas, e se os mesmos desejam ou não se integrar no planejamento das ações educativas desenvolvidas na instituição. Esta categoria foi subdividida em três subcategorias para melhor delimitação e entendimento das respostas dos participantes do estudo.

6.3.1 Subcategoria “Identificação das demandas de formação”

No gráfico 04 é apresentado o entendimento dos participantes do estudo sobre a quais profissionais se destinam as ações educativas realizadas na MOV.

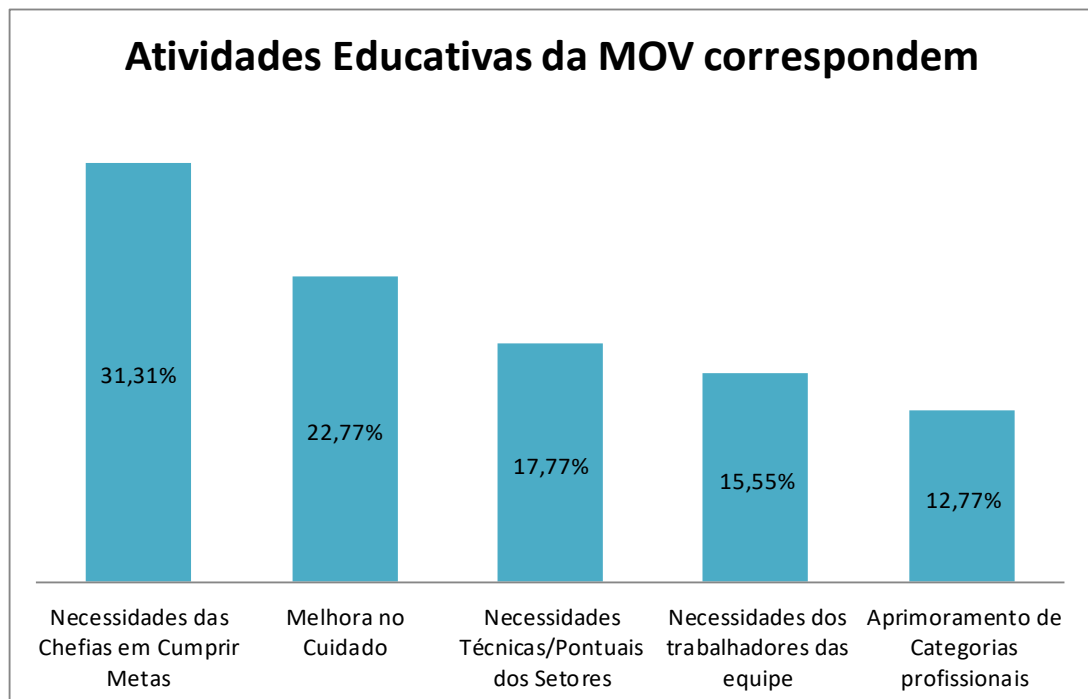
Gráfico 4 – Entendimento dos participantes do estudo sobre a destinação das ações educativas realizadas na MOV.



Em relação à quais profissionais se destinam as ações educativas desenvolvidas na MOV, nota-se que 87 (48,33%) participantes aludem que tais ações são destinadas à equipe interdisciplinar de saúde, porém 68 (37,77%) afirmam que as atividades são propostas a categorias profissionais específicas dentro da instituição, 23 (12,77%) acreditam que tais ações são para os residentes de medicina que cursam suas residências médicas na MOV e 02 (1,11%) referem ser para os acadêmicos de diversas áreas da saúde que fazem seus estágios de final de curso na instituição. Ao avaliar as respostas acima, analisa-se que concernente à destinação das atividades educativas na MOV, há certo equilíbrio quanto à equipe interdisciplinar (48,33%) e as categorias profissionais específicas (37,77%), ou seja, os trabalhadores estudados acreditam que tais ações de formação são destinadas à formação em serviço da equipe interdisciplinar da saúde em suas práticas profissionais e à categorias profissionais específicas, respectivamente (GRÁFICO 4).

A seguir o gráfico 05 demonstra, na avaliação dos participantes do estudo, a quais necessidades do serviço correspondem as ações educativas das quais já participaram.

Gráfico 5 – Entendimento dos participantes do estudo acerca de quais necessidades do próprio serviço as atividades educativas correspondem.



Os participantes do estudo, ao serem solicitados a relembrarem as atividades educativas que já participaram na MOV, manifestaram quais necessidades do próprio serviço tais atividades correspondiam prioritariamente. Desse modo, 56 (31,11%) afirmaram que as atividades educativas correspondiam às necessidades das chefias em cumprir metas para o acordo de resultados, enquanto que 41 (22,77%) desses sujeitos avaliam que tais ações respondem às necessidades de melhora do cuidado no processo de saúde/doença dos usuários do serviço e 32 (17,77%) disseram que as ações educativas refletem as necessidades pontuais/técnicas dos setores. Apenas 28 (15,55%) dos participantes referiram que as ações educativas correspondem às necessidades dos trabalhadores da equipe interdisciplinar de saúde inseridos nas práticas de saúde e 23 (12,77%) afirmaram que as ações condizem com as necessidades de aprimoramento profissional de determinadas categorias profissionais (GRÁFICO 5). Uma das informantes-chave fez referência, em sua entrevista, ao acordo interno de resultados: *“Eu não sei se é realmente pela questão do saber ou se pela questão do acordo interno de resultados. Porque o acordo interno de resultados está muito voltado para essa qualificação do servidor”* (informante-chave nº 03). Outra faz menção às quais necessidades as ações estão sendo destinadas, *“[...] hoje a gente cobra ações que sejam*

voltadas pro (sic) trabalho da pessoa, mas isso não significa que seja exatamente aquilo que ela tá (sic) precisando” (informante-chave nº 02).

Observa-se nesse quesito que, ao serem questionados sobre quais necessidades do serviço tais ações se referem, houve uma pequena prevalência (31,11%) das necessidades das chefias em cumprir metas do acordo de resultados, enquanto uma pequena parte (15,55 %) avaliou que tais atividades são para atender às necessidades dos trabalhadores da saúde inseridos nas práticas profissionais. Contudo, nessa questão as respostas estão, de certa forma equilibradas, não se podendo afirmar que a destinação das ações educativas na MOV se dá por um ou outro motivo específico, porém correspondem primeiramente às necessidades das chefias em cumprir metas.

Encontramos nesse ponto da pesquisa uma contradição entre as respostas dos sujeitos ao compararmos os dois questionamentos (GRÁFICO 4 e GRÁFICO 5), pois mesmo sendo as atividades educativas avaliadas como destinadas à equipe interdisciplinar da saúde ou a categorias profissionais específicas, tais práticas não condizem com às necessidades dos profissionais reais em suas práticas profissionais reais e diárias, pois respondem em primeiro lugar às necessidades das chefias em cumprir metas do acordo interno de resultados. Essa contradição é reforçada pelas falas das informantes-chave, que reafirmam o entendimento dos participantes do estudo.

Tal situação pode se dar devido ao acordo interno de resultados expresso no “Pacto de Gestão Participativa – 1ª etapa - Maternidade Odete Valadares”. Este documento refere uma meta trimestral para o primeiro trimestre de 2016 (período em que foram avaliadas as atividades educativas da MOV) de capacitar 40% dos servidores, com no mínimo, uma hora e frequência mínima de 75%. Tal meta foi posta para o cumprimento do objetivo do 3º eixo - Formação Profissional, Pesquisa e Educação Permanente do referido pacto de gestão interna, o qual é: “Capacitar no mínimo 40% dos servidores da FHEMIG em cada trimestre com no mínimo uma hora de capacitação e frequência mínima de 75% e avaliação da eficácia de 100% das ações internas a partir do segundo trimestre de 2016” (MOV, 2015b, p.11, vide ANEXO D)³². A avaliação de eficácia, de acordo com o pacto interno deve ser feita pelo setor/coordenador responsável pela ação educativa em formulário próprio e enviada ao NEP/MOV e ao CEDEP dentro do mês que foi realizada a atividade educativa. Devem ser avaliadas apenas as ações educativas internas, ou seja, aquelas realizadas e planejadas pela equipe da MOV. No documento também se observa que as ações educativas devem agregar

³² MOV, 2015b. *Pacto de Gestão Participativa*. 1ª etapa. Maternidade Odete Valadares. Complexo de especialidades. Exercício 4º trimestre/2015, e 1º e 2 trimestre/2016.

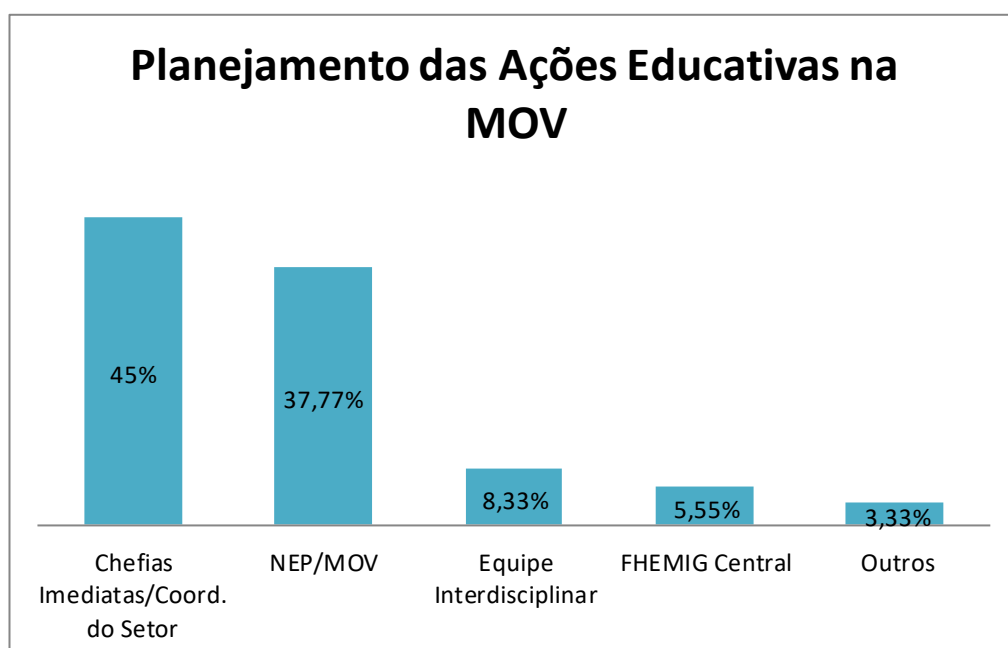
conhecimento ou informações às atividades desempenhadas pelo servidor da FHEMIG (vide formulário de avaliação da atividade educativa em anexo - ANEXO E).

Ainda, de acordo com o pacto de gestão interno analisado o serviço identificou como problemas/desafios/dificuldades, no que se refere à formação profissional, pesquisa e educação permanente na MOV:

oferecer oportunidades de qualificação aos servidores; orçamento escasso para compra de cursos; necessidade de aproveitar melhor o potencial dos servidores da instituição para desenvolvimento de ações educativas; orçamento escasso para pagamento de diárias e passagens para servidores das unidades do interior; dificuldade para conseguir espaços adequados para a realização das ações educativas (MOV, 2015b, p.11).

Por outro lado, o gráfico 6 demonstra o julgamento dos trabalhadores pesquisados sobre quem planeja ou determina as ações de formação em serviço realizadas na MOV.

Gráfico 6 – Entendimento dos trabalhadores acerca de quem planeja ou determina as ações educativas da MOV.



Tomando por base os dados acima representados, observa-se que acerca de quem planeja ou determina atualmente as ações de formação em serviço na MOV, 81 (45%) participantes responderam que esta função fica a cargo das chefias imediatas/coordenação do setor, 68 (37,77%) acreditam que é de responsabilidade do NEP/MOV, 15 (8,33%) avaliam que seja por planejamento dentro da equipe interdisciplinar e outros 10 (5,55%) participantes disseram que é a FHEMIG central que planeja e coordena tais ações. Nesse questionamento

havia a possibilidade do participante também identificar demais atores que considerasse ser responsável pelo planejamento das ações de formação da MOV: 06 (3,33%) participantes assinalaram tal resposta determinando a maneira pela qual acreditam que esse planejamento é realizado (GRÁFICO 6). Desses, 01 participante sinalizou que o planejamento é feito pela *“equipe interdisciplinar + chefias imediatas/coordenação”* (participante nº 54), outro afirmou que *“a chefia imediata/coordenação determina ações para a equipe. Já cursos específicos são sugeridos por profissionais de cada área”* (participante nº 134), e 04 participantes referiram que não sabem como é realizado o planejamento das ações educativas na MOV.

Na análise sobre quem planeja ou determina as ações educativas da MOV, nota-se a resposta que diz respeito às mesmas serem elaboradas ou elencadas pelas chefias imediatas/coordenação (45%), seguidos da resposta que se refere ao planejamento ser realizado pelo NEP/MOV (37,77%), em oposição a tal situação apenas 8,33% acreditam que o planejamento aconteça pela equipe interdisciplinar de saúde. As ações educativas serem planejadas ou elaboradas a partir das demandas observadas pelas chefias é também confirmada pelo depoimento da informante-chave que esclarece que *“[...] o servidor tem que assumir responsabilidade pra (sic) aquilo e a chefia também. Nada melhor que a chefia pra (sic) saber o que o servidor tá (sic) precisando”* (informante-chave 02). Essa informante sinaliza ainda para a responsabilidade atribuída ao servidor pela sua capacitação e formação, o que é também o entendimento da informante-chave nº 01, como se observa no trecho a seguir: *“Geralmente o próprio setor encaminha para nós qual que é a demanda, o que... eles fazem um plano né?!(sic), um planejamento”*. Contudo, dos trabalhadores que responderam os questionários do estudo, apenas 8,33% afirmam que tal planejamento acontece dentro das equipes interdisciplinares de saúde. Essa conclusão pode ser embasada pelo trecho da informante-chave nº 03, ao dizer: *“De um modo geral não tem planejamento, mas tá (sic) tendo uma pequena mudança que eu acho que assim, a longo prazo, a gente vai conseguir observar através dessas reuniões que estão sendo feitas agora do colegiado. [...] de tá (sic) trazendo pra (sic) diretoria, trazendo pro (sic) NEP essas necessidades, pra (sic) gente tá (sic) tentando suprir, principalmente a parte de educação”* (informante-chave nº 03). Em estudo, Messias (2015) concluiu que para o real levantamento das necessidades dos trabalhadores das instituições pesquisadas é necessário a inclusão dos trabalhadores da equipe inter ou multiprofissional e não apenas enfermeiras gestoras nos planejamentos das ações educativas, fato que pode ser atrelado a este estudo, uma vez que foi observado que o

planejamento de tais ações educativas não está sendo realizado na instituição junto às equipes de saúde.

Quanto ao planejamento das ações acontecerem via NEP/MOV, como suposto por 37,77% do estudo, os relatos a seguir contradizem esse entendimento: “[...] eu vejo que a função do NEP é muito mais apoiar e estimular e fornecer os subsídios para as atividades de educação permanente do necessariamente que a gente proporcionar” (informante-chave nº 01); “A atuação do NEP nesse momento é exatamente essa: de incentivar a gerência, a chefia imediata pra ver a necessidade, e junto com a chefia elaborar e organizar as ações e não ministrar, mas organizar, divulgar [...] essa é a função que a gente desempenha e que a gente dá conta de fazer” (informante-chave nº 03).

Assim, entende-se que parte considerável dos trabalhadores da saúde estudados acreditam que as ações educativas na instituição são desenvolvidas e planejadas pelo NEP, contudo os depoimentos das informantes-chaves contradizem esse entendimento. O NEP não tem a função de planejar, ministrar ou proporcionar as ações educativas da MOV, ele no momento apoia, incentiva e fornece apoio logístico para que tais ações aconteçam. As funções do NEP/MOV já foram explicitadas em capítulo anterior neste estudo. De acordo com os participantes do estudo, observa-se que a maior parte das ações são planejadas e elaboradas pelas chefias.

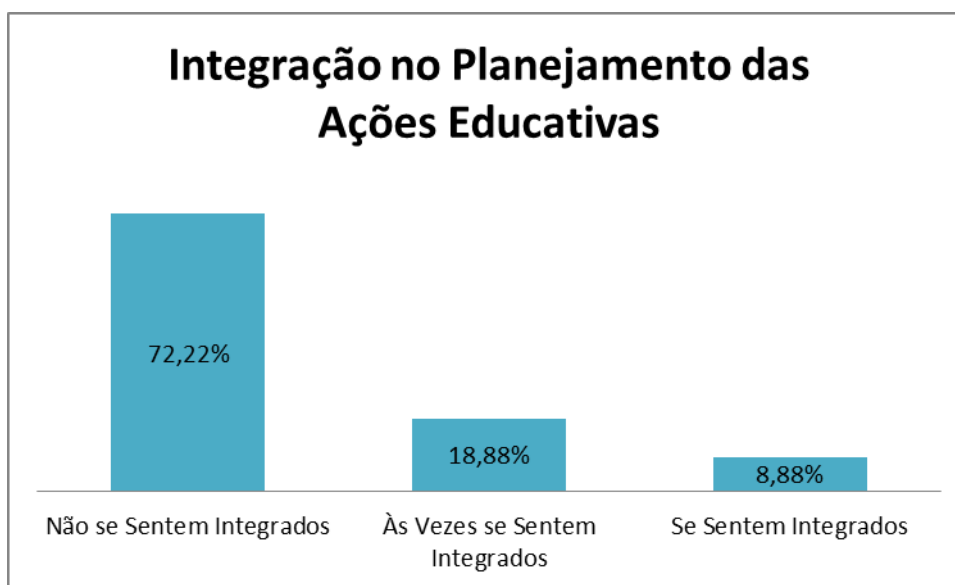
Esta subcategoria permitiu observar que a equipe interdisciplinar de saúde estudada não está integrada no planejamento das ações educativas, o qual fica primariamente, na avaliação dos trabalhadores, sob responsabilidade das chefias (45%), contradizendo o que é previsto pela PNEPS. Entretanto, os dados apontam que eles entendem que 48,33% das atividades educativas são destinadas à equipe interdisciplinar. Tal conclusão também é assumida pelas informantes-chave, as quais sinalizam, também, para a falta de planejamento das ações educativas dentro das equipes interdisciplinares da MOV. O planejamento das ações educativas pela equipe interdisciplinar será melhor discutido na subcategoria a seguir.

Dessa forma, compreende-se que a identificação das demandas para ações educativas voltadas à perspectiva da EPS deve estar em consonância com as necessidades e realidades dos trabalhadores da saúde, com o envolvimento dos profissionais e gestores, sempre com base nos princípios e diretrizes do SUS para atender as necessidades dos usuários do sistema. Nesse ponto, esclarece-se que a melhoria da qualidade do atendimento prestado aos usuários do SUS deve ser uma consequência da formação proporcionada pelas ações de EPS e não os objetivos principais (YAMAMOTO; MACHADO; SILVA JUNIOR, 2015).

6.3.2 Subcategoria “Integração no planejamento das ações educativas”

Nesta subcategoria será analisada e discutida a visão dos participantes do estudo sobre a integração dos trabalhadores da saúde no levantamento de demandas e planejamento das ações educativas, na visão dos participantes do estudo. Os dados serão apresentados no gráfico 07.

Gráfico 7 – Integração dos trabalhadores no levantamento de demandas e planejamento das atividades educativas na MOV.



Com base nos dados apresentados, observa-se que ao serem questionados sobre a integração e participação dos trabalhadores da saúde na elaboração de ações educativas e levantamento de demandas para a formação em serviço desenvolvidas na MOV, 130 (72,22%) responderam que não se sentem integrados nesse processo, 34 (18,88%) avaliaram que às vezes ocorrem integração e participação no levantamento de demandas, e 16 (8,88%) afirmam que se sentem integrados e participantes (GRÁFICO 7).

Em relação às justificativas identificadas pelos 72,22% dos trabalhadores da equipe interdisciplinar para a não participação no levantamento de demandas e elaboração das ações educativas, observa-se uma grande recorrência das opiniões a seguir: 1) os trabalhadores não são consultados, questionados ou convidados a participar; 2) sobrecarga de trabalho; 3) os trabalhadores só ficam sabendo das ações educativas quando estas já estão prontas e divulgadas na instituição; 4) as atividades educativas referem-se ao cumprimento de metas das chefias da instituição; 5) acreditam que quem elabora as ações educativas é o NEP,

as chefias/coordenações ou a FHEMIG central; 6) horários incompatíveis de trabalho com as ações educativas; 7) o não retorno, pelas chefias, das demandas de formação identificadas anteriormente; 8) o não levantamento de demandas de acordo com as necessidades dos próprios trabalhadores.

Ressaltam-se, abaixo, alguns trechos que exemplificam tais afirmações:

- 1) *“Nunca foi perguntado nada sobre como colaborar no planejamento das atividades educativas”* (participante nº 28), *“A equipe não é consultada sobre temas abordados”* (participante nº 167).
- 2) *“Por dificuldade no quadro da equipe e por horário que os mesmos são oferecidos”* (participante nº 69), *“A sobrecarga de trabalho impossibilita a participação tanto na elaboração e participação”* (participante nº 106).
- 3) *“A gente só fica sabendo dos cursos nos dias de participar”* (participante nº 50), *“Os cursos oferecidos já são divulgados prontos, sem especular com a equipe as reais necessidades e/ou desejos”* (participante nº 123).
- 4) *“As atividades educativas propostas são para cumprimento de meta”* (participante nº 74), *“Na prática elas são norteadas por metas pré-estabelecidas”* (participante nº 173).
- 5) *“É o NEP ou coordenação ou a própria FHEMIG que elabora”* (participante nº 49) *“As ações/atividades são propostas pela coordenação/gerência”* (participante nº 134).
- 6) *“Período nem sempre é compatível com horário (turno) de trabalho”* (participante nº 60), *“Eles não se preocupam com a participação do plantão noturno”* (participante nº 85).
- 7) *“Acho que minha opinião não conta, pois já dei dicas e não foram levadas em conta”* (participante nº 111), *“Todas as sugestões de temas que já coloquei nunca foram abordadas em treinamentos, ou se foram, foram apenas superficialmente no meio de outro tema”* (participante nº 157).
- 8) *“As demandas não são levantadas de acordo com a necessidade de aprendizado vigente”* (participante nº 104), *“Não há reuniões entre chefias e trabalhadores para ao levantamento de demandas para a formação deste serviço”* (participante nº 128).

Estes dados esclarecem e dão maiores subsídios para discussão iniciada na subcategoria 6.3.1, na qual foi identificado que não há envolvimento dos trabalhadores no planejamento das ações educativas. Assim, há expressivo número (72,22%) dos trabalhadores

estudados que referem não se sentirem integrados e participantes na elaboração das ações educativas e no levantamento de demandas para a formação em serviço na MOV. Entre as diversas justificativas apontadas para a não integração desses atores nas atividades educativas observa-se algumas recorrências já discutidas anteriormente na subcategoria 6.3.1. As questões apontadas pelos participantes do estudo, como o não questionamento ou falta de convite à participação, as ações educativas já são divulgadas prontas, a elaboração por parte do NEP ou chefias, incompatibilidade de horários entre as ações educativas e horário de trabalho, falta de retorno das chefias, de demandas formativas já requeridas e o não levantamento das demandas de acordo com as necessidades dos trabalhadores, tudo isso perpassa pelo planejamento das ações educativas da instituição não estar ligado às necessidades dos trabalhadores, tampouco os mesmos terem espaço para se posicionarem. O fragmento da entrevista com a informante-chave nº 03 explicita bem esse contexto na MOV. *“[...] se a gente conseguisse realmente ter esse envolvimento de que chegasse pra (sic) gente as necessidades, pra (sic) gente trabalhar em cima das necessidades. Muitas vezes não chega, então a gente oferece o que tem, e às vezes o que a gente tem não é exatamente o que tá (sic) sendo necessário naquele momento”*. Tais achados expressam a falta de um plano pedagógico institucional de educação no trabalho, sem o qual não há planejamento, identificação de necessidades, implementação de ações voltadas às necessidades dos trabalhadores e avaliação das ações educativas oferecidas (SILVA, L. *et al.* 2016). A falta de planejamento leva a ações educativas pontuais e descontínuas que não se configuram como ações de EPS.

Entendendo que um dos pressupostos da PNEPS é a problematização das práticas em saúde pelos profissionais reais em ação real, tem-se nesse ponto da pesquisa importantes dados. Uma vez que os participantes do estudo referem que não há planejamento das ações educativas atreladas às suas necessidades, pode-se concluir que não é realizada a problematização das práticas na instituição pesquisada. De acordo com o MS (2005, p.08) “Problematizar significa refletir sobre determinadas situações, questionando fatos, fenômenos e ideias, compreendendo os processos e propondo soluções”. Ou seja, recorrendo a Schön (2008), no que diz respeito à reflexão-na-ação, as atividades educativas são realizadas em detrimento das necessidades dos trabalhadores e os mesmos não realizam a problematização de suas práticas. A reflexão-na-ação pressupõe que o profissional identifique uma dificuldade real em suas práticas profissionais, entenda como ela ocorre, pense e reflita sobre tal dificuldade em busca de soluções tempestivas e de qualidade. Ao fazer esse movimento de parar e pensar, Schön refere que o profissional está refletindo na ação, e quando ele reflete-na-ação podem ser propostas soluções por meio das dificuldades apresentadas, ou seja, é feita a

problematização real das práticas profissionais. Ou seja, quando as atividades educativas no serviço estudado não partem das reflexões sobre as práticas profissionais, a problematização não ocorre e tais atividades não respondem às necessidades reais dos profissionais em ação, como se pode observar no fragmento a seguir. “*Tem que fazer um planejamento de todos participarem, nem que seja fora do plantão*” (participante nº 57). A problematização das práticas profissionais, como é requerida pela PNEPS, prevê “[...] um processo de reflexão que busca compreender os determinantes dessa prática, a partir da sua problematização para explicar e compreender mais além da busca de novas alternativas” (DORIGON; ROMANOWSKI, 2008, p.17). Pimenta (2008, p.19, grifo do autor) afirma que

Schon propõe uma formação profissional baseada numa *epistemologia da prática*, ou seja, na valorização da prática profissional como momento de construção de conhecimento, através da reflexão, análise e problematização desta, e o reconhecimento do conhecimento tácito, presente nas soluções que os profissionais encontram em ato.

Libâneo (2008) afirma que essa capacidade reflexiva dos sujeitos começa essencialmente em situações concretas do cotidiano do trabalho, ou seja, que refletem o contexto social que ocorrem.

Tardif (2010, p.21), embora discorrendo sobre a formação de professores, mas cujo conteúdo pode-se aplicar a formação em serviço dos profissionais da saúde, por meio das ações de EPS, afirma que “Os saberes oriundos da experiência de trabalho cotidiana parecem construir o alicerce da prática e da competência profissionais, pois essa experiência é [...] a condição para aquisição e produção de seus próprios saberes profissionais”. Ou seja, o trabalho do profissional da saúde se transforma em ato, durante o exercício de sua atividade, uma vez que cada situação requer conhecimentos e domínios específicos para cada caso, e muitas vezes não há respostas prontas e imediatas para cada situação. Assim, o trabalhador da saúde está em contínuo processo de formação durante o exercício de sua atividade profissional com a construção dos seus saberes profissionais, sendo necessária a valorização da formação na ação e tendo nas premissas da EPS uma maneira de solucionar as demandas de formação.

A valorização da prática profissional reflexiva poderá responder às situações cotidianas do trabalho e propiciar que as necessidades dos trabalhadores sejam supridas em suas práticas com a formação em ação. Ou seja, durante o desenvolvimento das atividades profissionais, suas demandas formativas poderão ser identificadas e solucionadas, principalmente se ocorrerem em discussões e reflexões em equipe, em que um profissional poderá auxiliar outro a encontrar soluções para suas próprias práticas. Serrão (2010) ratifica

tal relação ao assinalar que a prática profissional é um campo de saberes próprios que deve ser considerada para o processo de formação dos profissionais.

Assim, estes autores corroboram as conclusões de que os trabalhadores investigados, ao afirmarem que não estão incluídos nos processos de planejamento das atividades educativas da instituição, tampouco no levantamento de demandas educativas, não refletem sobre suas práticas profissionais, não problematizam as ações em serviço e tampouco as atividades que participam na instituição correspondem às necessidades reais destes trabalhadores. Um dos participantes do estudo confirma estas conclusões ao afirmar que: *“Também vejo falha na divulgação e na participação da equipe para elaboração de temas para educação permanente”* (participante nº 128). Para Sarreta (2009), o processo de EPS deve ser democrático em que os sujeitos envolvidos devem aprender a perguntar e não acatar respostas prontas, ou seja, os trabalhadores devem questionar suas práticas profissionais tornando-se sujeitos envolvidos no processo de formação e não meros receptores de informações. As práticas de EPS têm potencial de transformar os serviços de saúde, uma vez que colocam em questão práticas dominantes no cuidado em saúde e permitem a construção de espaços de reflexão pelos trabalhadores da saúde.

A PNEPS explicita que as atividades educativas nos serviços de saúde devem se originar das demandas de trabalhadores reais em ação. Para tentar cumprir essa determinação a FHEMIG e os NEPs utilizam uma ferramenta também utilizada pelos órgãos administrativos ligados a Secretaria de Estado de Planejamento e Gestão de Minas Gerais o qual é denominado PADES. Desse modo, de acordo com as informantes-chave, este instrumento vem sendo utilizado há alguns anos na FHEMIG e pelos NEPs para, a partir do levantamento das demandas educativas dos serviços, auferir recursos financeiros para cumpri-las. Contudo, devido às dificuldades³³ de recursos em nível estadual, atualmente o PADES não está sendo executado. Observam-se nos trechos das informantes-chave alguns relatos acerca do PADES: *“O PADES ele na verdade ele tá (sic) parado. O PADES é uma pactuação de uma verba que tem pra tá (sic) qualificando o servidor. E é feito um levantamento anual [...] para tá (sic) tendo essa qualificação pro (sic) servidor. [...] Fazendo esse mapeamento, qualificando com o recurso que vem pra (sic) isso. Tem dois anos que a gente não recebe nenhum incentivo, que a gente não tem nenhuma das ações que agente pediu atendidas”* (informante-chave nº 03) e *“[...] não é de agora que se fala muito em crise, mas têm muitos*

³³ Ver notícia sobre o decreto do estado de calamidade financeira para o estado de Minas Gerais publicado em 07 de dezembro de 2016, pois o estado vinha passando por dificuldades financeiras nos últimos anos. Disponível em: http://www.em.com.br/app/noticia/politica/2016/12/07/interna_politica.830837/assembleia-de-minas-aprova-decreto-de-calamidade-financeira-em-minas.shtml. Acesso em 10 de abril de 2017 às 18:36h.

anos que a primeira coisa que eles cortam é a questão da educação, uma das primeiras. [...] no PADES é assim: qual que é o problema que você tá (sic) tendo, quem que é o público que você acha que tem que ser capacitado, qual que é o curso, a ação que você acha que precisa acontecer para que esse problema se resolva, dentro dessa, quais os temas e o que você espera que vá acontecer depois dessa ação, e como que você vai medir isso, avaliar se realmente deu o resultado ou não” (informante-chave nº 02). Silva, L. et al. (2016) explicitam que é preciso aos serviços de saúde admitirem que a educação não pode ser vista como um suplemento, ela deve ser entendida e admitida como parte das políticas institucionais, seja nos serviços públicos, seja nos serviços privados de atenção a saúde.

Os relatos das informantes-chave são muito esclarecedores acerca dos objetivos e de como o PADES deve ser desenvolvido. Infelizmente por falta de recursos, uma estratégia que poderia ajudar os serviços de saúde a concretizar a EPS no estado de Minas Gerais não está em funcionamento. Ademais, é importante ressaltar que o PADES não é um instrumento que atrela os serviços a ele, mas um norteador das ações e de solicitações dos recursos, em que cada NEP e instituição têm autonomia para organizar, solicitar e realizar ações educativas que julgarem pertinentes, as quais sequer precisam estar incluídas no PADES. No relato da informante-chave 02 essa situação fica clara: *“[...] se o NEP detecta alguma necessidade, não precisa tá (sic) no PADES, pode ser que esteja pode ser que não esteja. Ele detecta uma necessidade, ele tem a autonomia sim de chegar e falar assim: gente vamos fazer esse curso [...]”*.

Por outro lado, a sobrecarga de trabalho aparece como novidade neste estudo como um dos fatores que impedem o trabalhador de se integrar no planejamento das ações educativas, bem como no levantamento de demandas. Os trechos de duas informantes-chave também explicitam essa dificuldade enfrentada pelos trabalhadores. *“Tá (sic) realmente um corpo muito restrito, a gente tá (sic) fazendo tudo o mais planejado possível para as pessoas conseguirem se planejar”* (informante-chave nº 02) e *“[...] de um modo geral, o número de servidores que são qualificados é muito menor que podia ser [...] a gente tenta desenvolver algum projeto e a gente esbarra naquela velha desculpa: eu não tenho funcionário suficiente pra tá (sic) tirando* (informante-chave nº 03).

Andrade et al. (2016) afirmam que as precárias condições de trabalho citadas pelos profissionais, como os desfalques no quadro funcional, acarretam desvalorização e insatisfação com o trabalho, impossibilitando o envolvimento com as ações de EPS dos serviços. Novaretti et al. (2014) e Silva, L. et al. (2016) referem a sobrecarga de trabalho,

também devido ao insuficiente número de profissionais de saúde, como um obstáculo tanto para ações de educação em serviço quanto outras ações necessárias aos serviços de saúde.

Kuenzer (2004) menciona que em “[...] decorrência da diminuição de trabalhadores em nome da flexibilização, há sobrecarga de trabalho que tende a aumentar com o tempo”. Nesse sentido, pontua-se que os fluxos de trabalho tiveram que ser acelerados a partir do advento do neoliberalismo³⁴ para solucionar demandas de mercado e a competitividade das empresas, inclusive no setor saúde. Apesar de a instituição estudada ser um serviço público e não ter como objetivo a produção do lucro como uma empresa privada, entende-se que ela esteja inserida em uma sociedade submetida ao modo de produção capitalista que visa o lucro, a competição, a manutenção dos postos de trabalho condicionada a melhor qualificação, com terceirização das atividades meio, fragmentação entre o saber prático e saber teórico, com consequente precarização das relações de trabalho atribuídas pelo modo de produção capitalista. Para Lemos (2016) o trabalhador da saúde está submetido à lógica do capital como qualquer outro profissional e, apesar de seu trabalho ser relacional ou humanizado, também está voltado para a lógica mercantil de acumulação.

Assim, um profissional que não reflete sobre sua prática poderá vir a agir limitado pela rotina, aceitando apático as condições e imposições que o sistema ou outros determinam, como, por exemplo, a sobrecarga de trabalho citada como fator impeditivo para o planejamento das ações educativas. Pensar em um profissional que reflete sobre suas práticas profissionais, questiona-as, questiona o sistema que está inserido e busca soluções para resolver os problemas da prática, é supor um profissional que age com equilíbrio entre o fazer e o pensar e uma nova prática implica em reflexão sobre sua experiência, crenças e valores (DORIGON; ROMANOWSKI, 2008).

Os dados apresentados nessa subcategoria demonstram que a equipe interdisciplinar confirma que não está integrada nos processos educativos da MOV no que se refere ao planejamento das ações e levantamento de demandas formativas, sendo as chefias/coordenações que estão à frente de tal processo no serviço estudado.

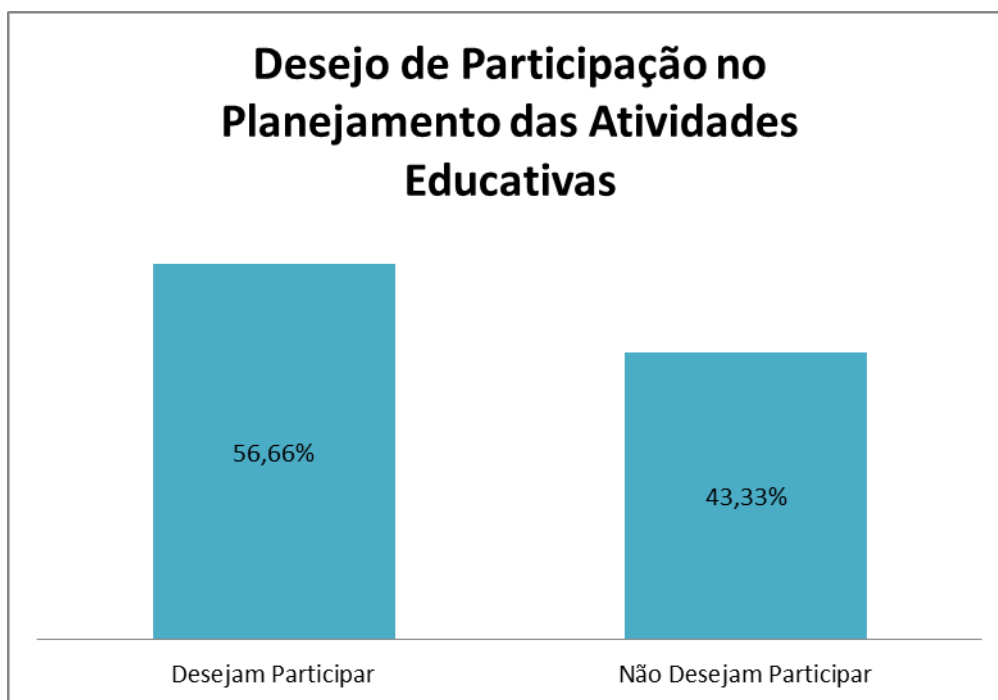
6.3.3 Subcategoria “Necessidades de integração no planejamento das ações educativas”

Nessa subcategoria será discutido o desejo dos trabalhadores estudados de sem envolverem no levantamento de demandas e planejamento de ações educativas voltadas às

³⁴ Ver nota explicativa nº 01 sobre o neoliberalismo. p.23 desta dissertação.

suas práticas profissionais. O gráfico 08 demonstra o quantitativo de profissionais que desejam ou não participar de tal planejamento.

Gráfico 8- Desejo de participação nos planejamentos das atividades educativas pelos trabalhadores da saúde.



Dos participantes do estudo, ao serem questionados se desejariam participar dos planejamentos das atividades educativas propostas para a equipe, 102 (56,66%) referiram que desejam participar de tais planejamentos e 78 (43,33%) disseram que não querem participar (GRÁFICO 8). Aqui se repetem algumas questões do planejamento já discutidas na subcategoria 6.3.2. Serão explicitados alguns pontos que ainda não foram discutidos e são relevantes para que os trabalhadores da saúde possam estar mais envolvidos no planejamento das ações educativas no serviço estudado. Assim, entre justificativas identificadas para a participação nas ações de planejamento e levantamento de demandas, pode-se observar uma grande recorrência das seguintes explicações: 1) que tal ação ocorra dentro do horário de trabalho; 2) que aconteçam discussões dentro da equipe para identificar tais demandas; 3) a participação possa se dar por meio de sugestões de temas e ideias de ações educativas; 4) deve ocorrer por identificação das dificuldades do setor de trabalho; 5) deve haver sinalização das prioridades de aprendizagem por meio dos trabalhadores.

Seguem-se trechos de tais justificativas dos trabalhadores da equipe interdisciplinar estudada.

- 1) *“Dentro da possibilidade da carga horária”* (participante nº 07); *“No período de serviço juntamente com a equipe”* (participante nº 106).
- 2) *“Me reunindo (sic) com a equipe de cuidados para levantar as principais demandas/necessidades”* (participante nº 17); *“Através de discussão em equipe e levantamento das necessidades do setor/equipe”* (participante nº 158).
- 3) *“Dando sugestões de atividades educativas”* (participante nº 42), *“Opinando sobre possíveis temas que percebo necessários”* (participante nº 139).
- 4) *“Verificando os pontos de maior dificuldade enfrentados no setor e propondo treinamentos para sanar as questões”* (participante nº 31), *“Ajudar a identificar as reais necessidades dos setores”* (participante nº 123).
- 5) *“Levando a necessidade real da demanda”* (participante nº 40), *“Escutar os profissionais da saúde e saber suas demandas”* (participante nº 103).

Ao explicitarem como podem participar do planejamento das ações educativas, os respondentes apontam para aquilo que é preconizado pela PNEPS- que os serviços considerem as necessidades de seus trabalhadores. A EPS está descrita na PNEPS como a aprendizagem-trabalho, ou seja, aquela que surge no cotidiano das pessoas e organizações. É desse modo, realizada a partir dos problemas que os profissionais encontram em suas práticas, com a busca por soluções tempestivas e de qualidade, que atendam as demandas de cada profissional envolvido no cuidado à saúde, numa perspectiva de cuidado ampliado, em que as diversas categorias profissionais são interdependentes para a melhoria dos resultados da saúde dos usuários (BRASIL, 2007). Uma das informantes-chave explicita essa necessidade observada: *“A discussão que a gente faz é exatamente essa, é da necessidade. Porque não adianta eu oferecer pra (sic) você o que não atende a sua necessidade, porque você não vai se interessar, não vai querer participar. Então ela tem que partir da necessidade das pessoas que estão envolvidas”* (informante-chave nº 03). Contudo, por vezes existem muitas dificuldades para que tais discussões em serviço aconteçam.

Foi observado, na subcategoria 6.3.2, que os trabalhadores estudados não se sentem integrados nesse planejamento, portanto é necessária a definição dos objetivos institucionais para a adequação das ações de educação no trabalho se tornem ações de EPS no serviço estudado. Os trabalhadores ao se sentirem integrados no planejamento de ações educativas proporcionarão mudanças reais nas práticas de profissionais reais em ação

(SILVA, L. *et al.* 2016). Também é necessário que o trabalhador da saúde se envolva com a sua formação no trabalho e não fique apenas em posição de receptor de ações educativas ou mero crítico do serviço, pois, de acordo com as premissas da PNEPS, o trabalhador é o principal responsável pelas ações educativas exitosas em suas práticas e pela solução tempestiva de seus problemas de atuação. Retomam-se, nesse ponto, os entendimentos já discutidos de problematização e reflexão-na-ação com consequente significado para ação, considerando-se o espaço de trabalho o local apropriado para as aprendizagens significativas pelo trabalhador (FLORES; OLIVEIRA; ZOCHE, 2016). Apenas o trabalhador consegue determinar o que ele precisa em relação a sua formação no trabalho e se ele não se envolve na sua formação, ocorrerão ações educativas verticalizadas, desligadas de suas demandas, apenas para cumprimento de metas, como pudemos concluir anteriormente.

Em relação aos participantes que citaram não desejarem participar do levantamento de demandas e planejamento das ações educativas da instituição, pode-se observar repetição das seguintes justificativas: 1) falta de disponibilidade; 2) a instituição já tem pessoas específicas para essa função; 3) incompatibilidade de horários; 4) sobrecarga de trabalho; 5) falta de interesse em participar.

Os trechos abaixo exemplificam tais justificativas para a não participação nos levantamentos de demandas de atividades educativas e seus planejamentos:

- 1) *“Porque não tenho tempo disponível”* (participante nº 04), *“Não há carga horária disponível”* (participante nº 90).
- 2) *“Porque já tenho muito trabalho e já tem pessoas destinadas para estas atividades”* (participante nº 18), *“Para o planejamento existe o NEP que deveria ser mais atuante, visitar os setores e conhecer suas necessidades e demandas e programar melhor as atividades educativas como um todo”* (participante nº 107).
- 3) *“Incompatibilidade de horários”* (participante nº 55), *“Não seria compatível com horário de trabalho”* (participante nº 85).
- 4) *“No momento estou sobrecarregada”* (participante nº 94), *“Sou sobrecarregada nas minhas atividades e não tenho liberação da coordenação para isso”* (participante nº 166).
- 5) *“Não é uma área de grande interesse”* (participante nº 37), *“Não tenho interesse e dificuldade de participar”* (participante nº 62).

Observando-se as respostas repetem-se alguns pontos já discutidos nesse estudo, como a sobrecarga de trabalho, a ideia de que já existem pessoas para desempenhar essa

tarefa, ou seja, destituem seus espaços de participação para outros, no caso atribuindo ao NEP tal função, e como vimos na subcategoria 6.3.1, esta não seria a função do NEP/MOV atualmente. A falta de disponibilidade para participação e a incompatibilidade de horários das atividades educativas com o horário de trabalho perpassam por questões de planejamentos de como as ações devam acontecer na instituição e de que maneira deve haver o envolvimento dos trabalhadores em suas próprias formações no trabalho- essas são demandas recorrentes nos questionários. E, por fim, a falta de interesse aparece como novidade nessa subcategoria. Os trabalhadores estudados, ao referirem-na reafirmam a fala de duas das informantes-chaves acerca dessa dificuldade. *“E uma outra coisa também que eu acho que acaba esbarrando aqui é na desmotivação geral das pessoas quanto ao serviço público no Brasil, eu acho que isso aí também tem interferido muito”* (informante-chave nº 01); *“De um modo geral, a maior dificuldade que agente tem mesmo é de envolver essas pessoas, por mais que você divulgue as ações, por mais que você converse, então você que é muito restrito”* (informante-chave nº 03).

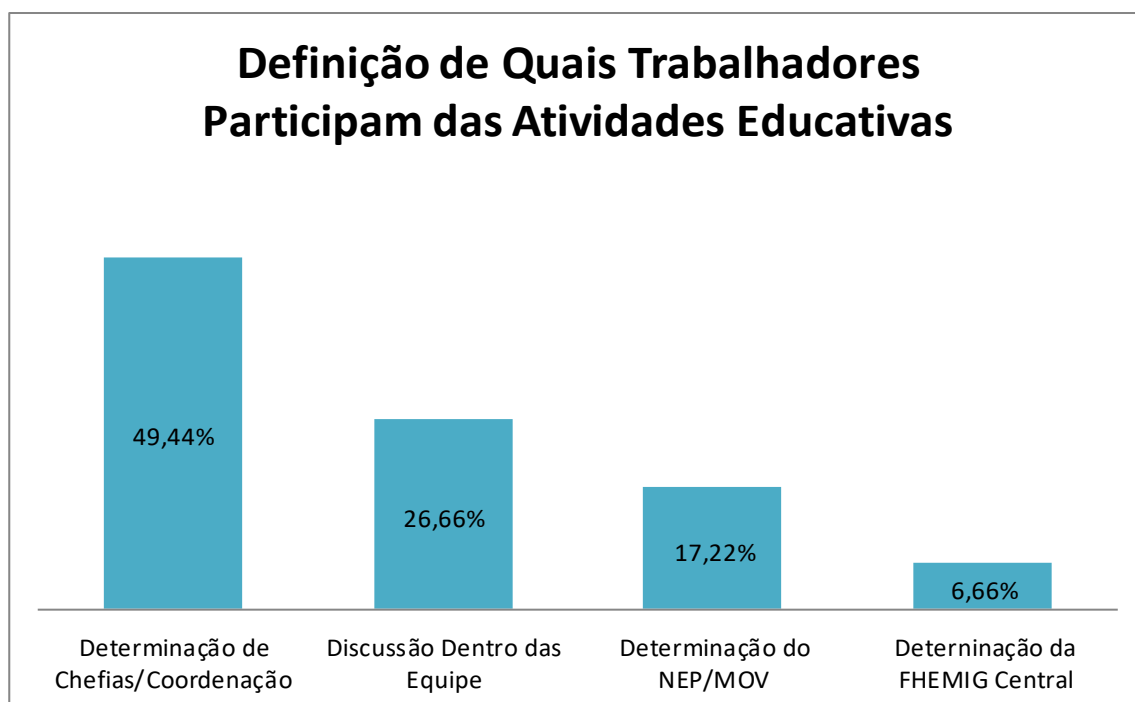
No estudo empreendido por Cunha *et al.* (2014) a falta de incentivo à participação nas ações de EPS contribuíram para que as ações gerassem poucos impactos positivos nas atuações profissionais do trabalhadores da saúde, acarretando em desinteresse de participação, uma vez que as dificuldades superaram as facilidades no serviço estudado pelos autores. Desse modo, pode-se inferir que as dificuldades de participação nas ações de EPS, como falta de incentivo, falta de recursos financeiros, dificuldade de liberação para participação das ações, sobrecarga de trabalho, bem como o não envolvimento dos trabalhadores da saúde no planejamento das ações educativas encontradas no estudo de Cunha *et al.* são as mesmas encontradas na pesquisa em questão e podem justificar a falta de interesse e desmotivação profissional citadas pelos trabalhadores estudados acerca das ações educativas na MOV.

6.4 Categoria de análise 3: Operacionalização das ações educativas

Nesta categoria de análise foram agrupadas as questões que se referiram à maneira como os trabalhadores da saúde da MOV observam que são desenvolvidas as ações educativas na instituição. Desde a definição de quem irá para as atividades educativas, a forma de escolha desses profissionais, as dificuldades encontradas por eles para participarem nas ações educativas, os tipos de metodologias utilizados nas ações educativas e as sugestões para a melhoria da participação dos mesmos nas atividades educativas, bem como a maneira que os participantes do estudo entendem que devem ser identificadas as demandas de

formação no serviço estudado. O gráfico 09 explicita o entendimento dos participantes do estudo sobre como são definidos os trabalhadores que participam das atividades educativas na MOV.

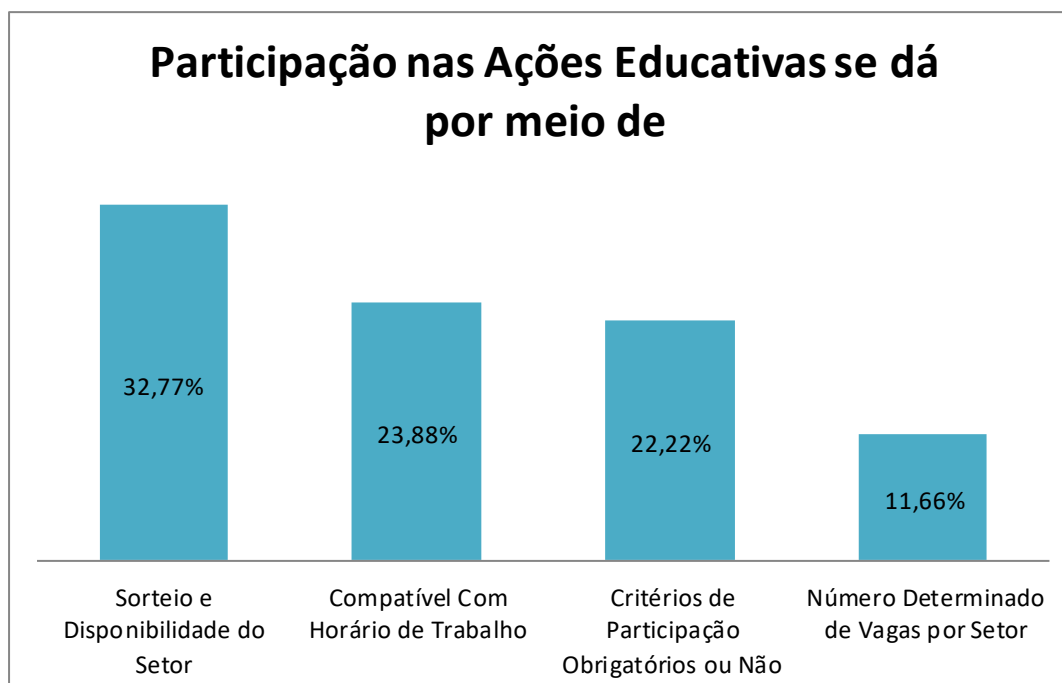
Gráfico 9 – Entendimento dos participantes do estudo sobre a definição dos trabalhadores para participação das atividades educativas na MOV.



Assim, quando questionados acerca de como são definidos os trabalhadores que participam das atividades educativas 89 (49,44%) participantes afirmaram que tais trabalhadores são definidos pelas chefias/coordenação do setor, 48 (26,66%) avaliam que seja por demanda e discussão dentro da equipe interdisciplinar, 31 (17,22%) acreditam ser por determinação do NEP/MOV e 12 (6,66%) por determinação da FHEMIG central (GRÁFICO 9).

A seguir, o gráfico 10 demonstra como os trabalhadores estudados consideram as formas de participação nas atividades educativas.

Gráfico 10- Entendimento dos trabalhadores estudados sobre a forma de participação nas ações educativas na MOV.



Em complementação a questão anterior, sobre como são determinados os trabalhadores que participam das ações educativas, perguntou-se quais critérios eles observam que são determinantes para a participação em tais ações. Assim sendo, 59 (32,77%) participantes referiram que participam das ações educativas após sorteio e disponibilidade do setor para enviar os trabalhadores, 43 (23,88%) julgam que tal participação só será possível se for compatível com o horário de trabalho de cada profissional, 40 (22,22%) avaliam que são critérios de participação - obrigatórios ou não, 21 (11,66%) acreditam ser por meio de demandas dos próprios trabalhadores, a partir de reflexão sobre suas práticas profissionais, e 17 (9,44%) afirmam ser por meio de distribuição de número determinado de vagas por setor (GRÁFICO 10).

Os trechos, a seguir, das entrevistas das informantes-chave reforçam os posicionamentos acima, no que diz respeito à definição dos profissionais que participam das ações educativas da MOV: *“Eu acho que a forma é muito variável, depende de cada setor, de cada grupo, cada um tem uma forma de definição. Tem algumas formas que são quase que uma indicação direta. Alguns vão ser só indicação da chefia, acho que é bem heterogêneo”* (informante-chave nº 01), *“Isso varia de curso pra (sic) curso. Quando é um curso que parte da gente, a gente define mais ou menos o público alvo e aí a gente encaminha, ou a gente já convoca quando é uma coisa mais próxima da gente [...] Agora se tem outras formas de*

escolher acho que só as chefias pra (sic) saber te dizer” (informante-chave nº 02), “Na verdade vai muito do interesse pessoal. Vai de muitas maneiras. Vai por interesse próprio, porque tem pessoas que estão a fim mesmo daquele tema, quer entender; vai porque precisa contabilizar horas pra (sic) alcançar o acordo de resultados; vai até mesmo pra (sic) não ficar no setor, a gente sabe disse; e vai às vezes porque a chefia manda. Então assim, a gente tem todos os perfis” (informante-chave nº 03).

Ao analisar as respostas das duas perguntas acima descritas, no que se refere à definição da participação dos trabalhadores nas atividades educativas da MOV, observou-se que houve uma prevalência (49,44%) no julgamento de que tal participação se dá por definição da chefia imediatas/coordenação do setor, o que pode também ser observado nos relatos das informantes-chaves, que afirmam que a chefias tem um grande peso de decisões em qual trabalhador participa ou não de tal atividade educativa. Segundo, 32,77% dos trabalhadores questionados a participação nas ações educativas se dá por meio de sorteio, aliado à disponibilidade do setor em liberar o profissional para as atividades. Tais conclusões fazem oposição ao previsto na PNEPS, que orienta que a participação dos trabalhadores da saúde se origine das necessidades de cada profissional em suas práticas diárias, não de forma verticalizada, por indicação das chefias ou por critérios aleatórios. Uma das informantes-chave também refere essa necessidade. *“E então espera-se que esse planejamento tenha sido feito não de forma vertical pelo chefe, ele tenha sido percebido diante de falhas ou mesmo solicitações dos próprios servidores” (informante-chave nº 01).*

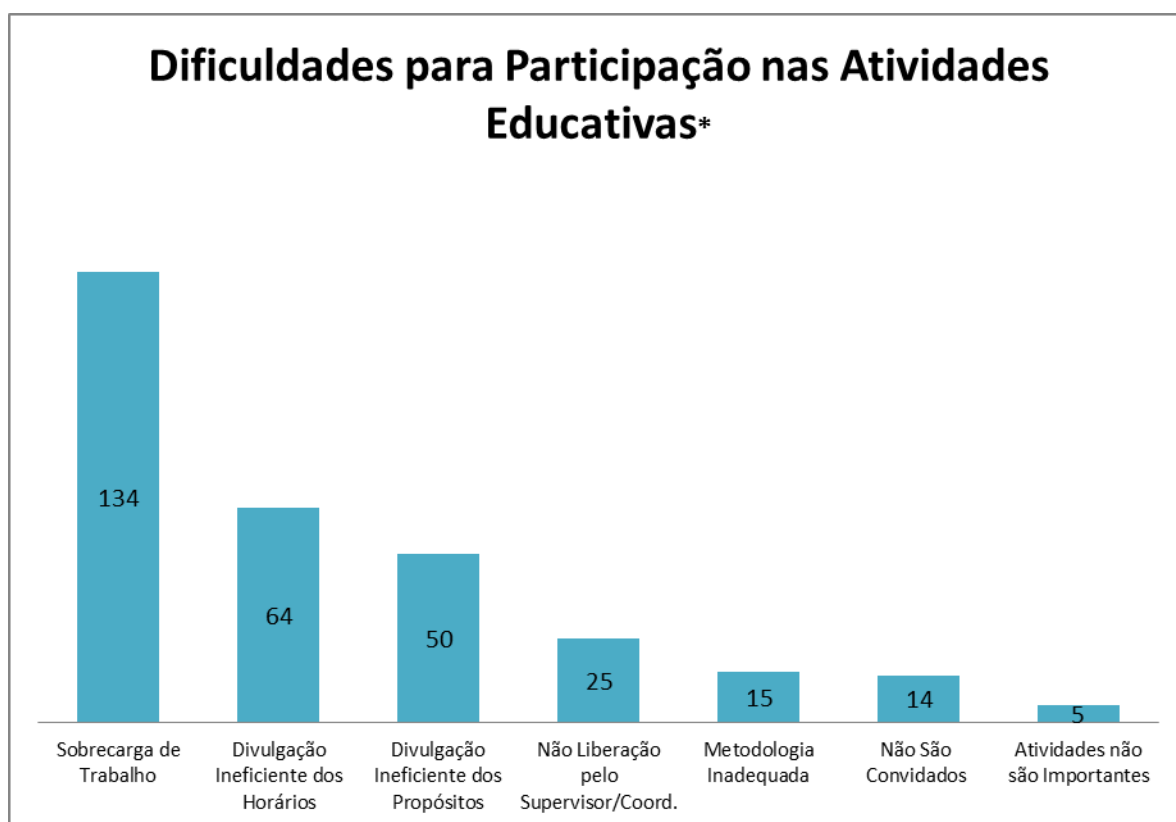
Freitas (2011) e Rangel (2014) afirmam em seus estudos que a grande maioria das ações de EPS reporta à prática instrutiva aos trabalhadores, pautadas em condutas pré-definidas, sendo conduzidas de forma descendente. Ou seja, as decisões são tomadas pelos gestores e não em conjunto com os trabalhadores da saúde, impossibilitando a construção coletiva e “[...] a transformação das práticas e processos de trabalho” (FREITAS, 2011, p.67). Observou-se a participação nas ações educativas na MOV se dão, em geral, de maneira verticalizada, determinadas pelas chefias imediatas ou coordenações dos setores, ou por meros sorteios, em detrimento das necessidades dos trabalhadores. Ações verticalizadas, sem prévia discussão entre as equipes, preparadas para os trabalhadores e não pelos trabalhadores não estão de acordo com o preconizado pela PNEPS e podem não ser efetivas e significativas, uma vez que não estão relacionadas com as necessidades daqueles. “Esse modelo verticalizado pode ser consequência também do não entendimento da EPS pelos gestores e trabalhadores da saúde”, como já explicitado anteriormente (PERES; SILVA; BARBA, 2016, p.793).

Entretanto, pode-se inferir que as chefias/coordenação dos setores observem seus servidores e identifiquem as suas necessidades educativas, o que poderia proporcionar uma avaliação externa de necessidades de participação dos mesmos nas ações educativas. Contudo, não se acredita que tal inferência possa justificar a determinação prevalente pelas chefias/coordenação do setor frente às necessidades apresentadas pelos trabalhadores da saúde. Como já discutido anteriormente, para que haja transformações efetivas nas práticas profissionais é necessário que as atividades educativas sejam fruto da reflexão sobre as práticas profissionais pelos trabalhadores da saúde e não determinadas verticalmente, sem coesão com as necessidades destes trabalhadores.

Ainda em relação às maneiras com que os trabalhadores são levados a participarem das ações educativas, observa-se que 32,77% consideram que seja por meio de realização de sorteios aliado à disponibilidade do setor em liberar o servidor para a participação, e 23,88% julgam ser a compatibilidade entre o horário de trabalho e o horário das ações educativas. Estas respostas reforçam a inferência acima de que na MOV não se avalia as necessidades educativas particulares dos trabalhadores, tampouco a contribuição das atividades educativas para o desenvolvimento de determinado profissional em relação às suas necessidades reais. Nesse sentido, apenas 11,66% afirmaram que suas participações nas atividades educativas se dão por meio de demandas dos próprios trabalhadores a partir de reflexão sobre suas práticas profissionais.

Por meio do gráfico 11, demonstram-se as dificuldades elencadas pelos trabalhadores estudados para que haja participação mais efetiva nas ações educativas.

Gráfico 11- Dificuldades identificadas pelos trabalhadores do estudo para a participação nas atividades educativas da MOV.



*Os dados desse gráfico não são expressos em porcentagens, devido a possibilidade dos participantes do estudo em assinalarem várias alternativas.

Foram listadas 09 opções para os trabalhadores assinalarem as dificuldades encontradas para participarem das ações educativas da MOV, podendo marcar quantas julgasse necessárias e refletissem as reais dificuldades encontradas para tal participação ou engajamento nas ações de formação no trabalho. As opções foram desde a sobrecarga de trabalho no setor, a divulgação ineficiente do conteúdo das atividades, horários e público alvo, a não liberação pelo supervisor/coordenador para a participação, irrelevância das atividades para a prática profissional, o uso inadequado de metodologias educativas, desconhecimentos das práticas educativas, falta de convite à participação, e uma opção em que cada participante pudesse se expressar abertamente, caso julgasse necessário. Desse modo, a combinação de respostas foi a mais variada possível, visto que os respondentes poderiam elencar quantas opções julgasse necessárias. Observa-se que 134 participantes referiram-se à sobrecarga de trabalho como fator que impossibilitou a participação. Já em relação à divulgação ineficiente dos horários das atividades foram 64 respostas, sobre a divulgação ineficiente dos propósitos e importância das atividades de educação permanente foram 50 respostas, 25 respostas se

referiram a não liberação pelo supervisor/coordenação no momento em que são realizadas, 15 respostas disseram respeito à metodologia inadequada para as atividades de educação permanente, 14 respostas referem a falta de convite para o trabalhador participar das atividades, 05 respostas são relativas às ações educativas não serem consideradas importantes para as práticas profissionais. Nenhum participante assinalou a resposta desconheço estas atividades e não me interessa em conhecer e, por fim, 39 respostas livres serão analisadas mais abaixo. As respostas desse questionamento não se referem, portanto, ao número exato dos trabalhadores que participaram do estudo, pois cada trabalhador pôde assinalar quantas e quais opções julgasse necessário, de modo que não foi possível calcular a porcentagem de cada resposta em relação ao número de participantes da pesquisa. Observa-se, entretanto, a prevalência de algumas dificuldades para a participação nas ações educativas. Observou-se também, que muitos dos participantes referiram como a principal dificuldade para a não participação nas atividades educativas na MOV é devido à sobrecarga de trabalho imposta pela rotina do serviço, o que os impossibilita de participar. Outra grande dificuldade encontrada é a divulgação ineficiente dos horários das atividades educativas e a divulgação ineficiente do propósito e importância das atividades de educação permanente. Nesse sentido, observa-se que nenhum dos participantes referiu a opção “desconheço estas atividades e não me interessa em conhecer”, o que pode demonstrar que há interesse desses sujeitos em participar das ações educativas da instituição, contudo enfrentam as dificuldades relatadas, mesmo que não desejem estar envolvidos no processo de planejamento das ações, como foi explicitado na subcategoria 6.3.2. Este fato também pode demonstrar incoerência dos próprios respondentes, ao assinalarem as opções no questionário.

Ao analisar as respostas abertas dos participantes do estudo pode-se observar: 1) a incompatibilidade do horário das ações educativas com o horário de trabalho; 2) as ações educativas não ocorrem no período da noite e finais de semana; 3) quadro insuficiente de servidores; 4) Não há compensação de horas quando a atividade é fora do horário de trabalho.

Tais dificuldades relatadas podem ser observadas nos trechos abaixo:

- 1) *“Horários incompatíveis com o horário de trabalho”* (participante nº 84);
- 2) *“Não há treinamento à noite”* (participante nº 60);
- 3) *“Quadro insuficiente de membros da equipe por plantão”* (Participante nº 69);
- 4) *“Não conta como carga horária”* (participante nº 77).

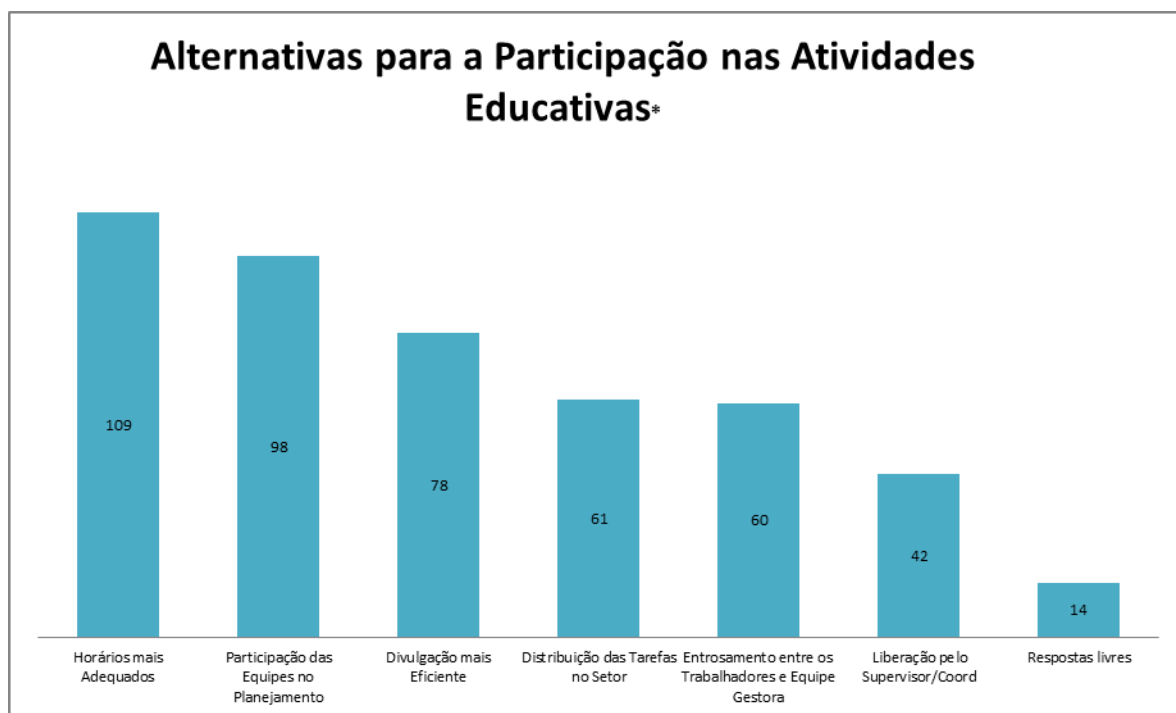
Estes dados refletem outras dificuldades encontradas pelos participantes do estudo em poder participar das ações educativas na MOV. A questão do quadro insuficiente de servidores se relaciona à sobrecarga de trabalho, já referida anteriormente. Por outro lado, os

horários das ações educativas incompatíveis com o horário de trabalho e a falta de ações educativas no turno noturno já foram discutidos na subcategoria 6.3.2 quando se analisou o planejamento das ações educativas.

Tais dados relacionam-se, por seu turno, com o expresso por uma das informantes-chave: “[...] *a gente pode adequar o horário que for mais fácil por setor pra (sic) que aquilo for realizado e incentivar o servidor, com certeza ele vai querer ir, vai ter um envolvimento maior, porque ele vai entender que aquilo ali é pro (sic) bem dele [...]*” (informante-chave nº 03). Isso demonstra que as dificuldades apresentadas podem ser sanadas, caso haja melhor planejamento e envolvimento dos trabalhadores nas ações educativas da instituição. Em relação às atividades que acontecem fora do horário de trabalho não contarem como carga horária, apontado como fator dificultador pelos participantes do estudo, observa-se na fala da informante-chave nº 02 sensibilização para esse problema: “[...] *como a gente tem a peculiaridade de trabalhar na área assistencial muita gente trabalha por escala de plantão, tem muita gente que tem que se capacitar fora do horário de trabalho, então qual que é o incentivo para essa pessoa? Ela pode folgar depois ou não pode? Isso tudo a gente tá (sic) tentando fechar, pois são projetos que a gente quer que aconteça, mas a gente precisa verificar a legalidade disso*”.

Por outro lado, os participantes do estudo puderam explicitar alternativas para a melhor participação nas atividades educativas realizadas na instituição, observe o gráfico 12.

Gráfico 12 – Alternativas para melhor participação nas atividades educativas



* Os dados não estão expressos em porcentagens, devido a possibilidade de assinalar várias alternativas.

O gráfico acima apresenta o resultado das sugestões escolhidas pelos participantes do estudo para tornar melhor a participação dos trabalhadores da instituição nas ações educativas. Nesta questão também foram elencadas 08 alternativas com liberdade de escolha de várias sugestões. Dentre as opções tem-se: participação da equipe interdisciplinar no planejamento das ações de educação permanente; divulgação mais eficiente das atividades; horários mais adequados para a realização das atividades; identificação dos temas abordados pelos trabalhadores da saúde, conforme as necessidades de cada setor; maior entrosamento entre os trabalhadores de saúde e a equipe gestora do hospital no planejamento e tomada de decisões; liberação pelo supervisor/coordenação para participação nas atividades; melhor distribuição das tarefas nos setores, possibilitando a participação de todos os profissionais nas atividades de educação permanente; e opção para manifestação livre do participante.

Desse modo, como já aludido anteriormente, as respostas não se referem, portanto ao número exato dos trabalhadores que participaram do estudo, pois cada trabalhador pôde assinalar quantas e quais opções julgasse necessário, não sendo possível medir a porcentagem de cada resposta em relação ao número de participantes da pesquisa. Observa-se a prevalência de algumas sugestões para a melhoria da participação da equipe interdisciplinar nas atividades educativas na MOV. Dentre as respostas encontradas, 109 sugerem que devem ser identificados horários mais adequados para a realização das atividades, 98 julgam ser importante a participação da equipe interdisciplinar no planejamento das ações de educação permanente, 98 respostas referem que os temas abordados sejam identificados pelos trabalhadores da saúde, conforme as necessidades de cada setor, 78 respostas apontam para uma divulgação mais eficiente das atividades educativas, 61 respostas mencionam a melhor distribuição das tarefas nos setores, possibilitando a participação de todos os profissionais nas atividades de educação permanente, 60 assinalaram um maior entrosamento entre os trabalhadores de saúde e a equipe gestora do hospital no planejamento e tomada de decisões, 42 das respostas sugerem que deve ocorrer melhor liberação pelo supervisor/coordenação para participar das atividades e, por fim, houve 14 respostas livres, condizentes com outras alternativas apontadas pelos participantes para melhorar participação nas ações educativas na instituição.

Ao analisar estas respostas, observou-se que há necessidade recorrente da instituição em: 1) envolver e facilitar a participação no período noturno; 2) planejamento das

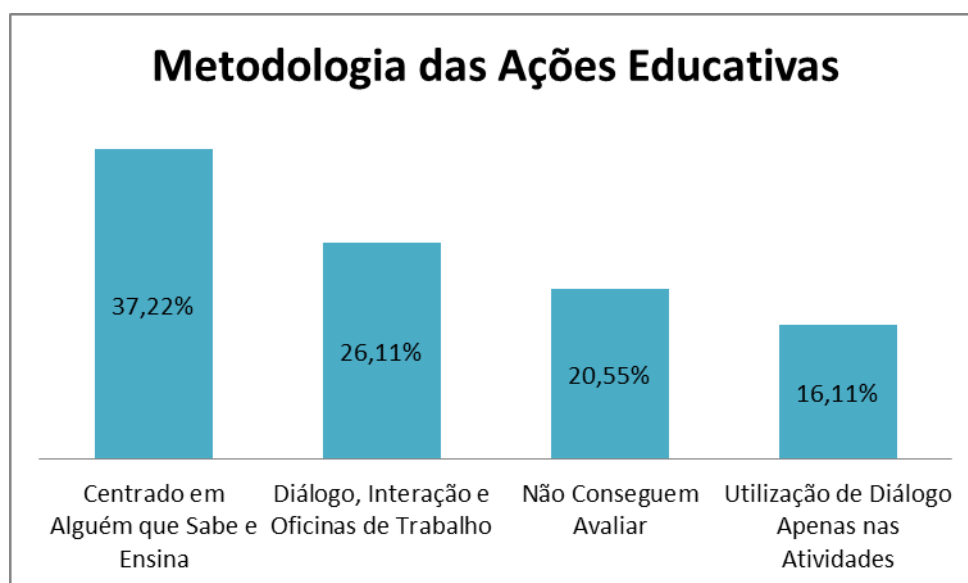
ações educativas para diferentes horários e dias; 3) aumentar o número de servidores e cobertura do setor para a participação; 4) demanda de ações educativas pelos trabalhadores. Têm-se, abaixo, alguns exemplos:

- 1) *“Realizar treinamento/capacitações no período noturno”* (participante nº 17).
- 2) *“Treinamentos por vários dias e horários”* (participante nº 103).
- 3) *“Aumentar o número de profissionais nos setores”* (participante nº 147).
- 4) *“Demanda de curso pelo trabalhador”* (participante nº 134).

Por meio da possibilidade de elencar sugestões, os participantes puderam sugerir aquilo que cada um considera importante para que as ações educativas na MOV se desenvolvam da melhor forma possível e atenda às necessidades desses profissionais. Assim, pode-se observar certa homogeneidade nas respostas, uma vez que não houve grande prevalência de um tipo de respostas quais ficaram, de certa forma, equilibradas. Pode-se inferir que as dificuldades dos trabalhadores da equipe interdisciplinar estudada são recorrentes nesse estudo, uma vez que as sugestões para melhorar a participação correspondem às dificuldades já encontradas anteriormente, como a falta de planejamento com inclusão da equipe noturna, estabelecimento de diversos horários para as atividades educativas, a sobrecarga dos trabalhadores, que os impede de participar das ações educativas e a necessidade de as ações educativas atenderem as demandas dos trabalhadores. Este estudo tentou se aproximar, de modos diversos, do entendimento dos trabalhadores acerca das ações educativas. Por isso, às vezes as justificativas dos participantes podem se repetir ou até mesmo se auto-confirmarem.

No gráfico 13 expõe-se o resultado da avaliação dos participantes do estudo em relação às metodologias utilizadas nas atividades educativas oferecidas pela instituição.

Gráfico 13 – Entendimento das metodologias utilizadas nas atividades educativas.



No que diz respeito à metodologia utilizada nas ações educativas na MOV, os participantes assim expressaram a maneira como observam a condução das ações das quais participaram: 67 (37,22%) referiram que o processo educativo está centrado em alguém que sabe e ensina a quem não sabe, na lógica da transmissão do conhecimento, com a expectativa de que o outro mude seu comportamento em função do que lhe foi repassado; 47 participantes (26,11%) afirmaram que as ações educativas estão pautadas na resolução de problemas concretos, em um processo de discussão dentro da equipe interdisciplinar da saúde, utilizando o diálogo, a interação e oficinas de trabalho por meio de reflexão das práticas profissionais reais e a partir de demandas reais. Outros 37 (20,55%) expressaram que não conseguem avaliar, pois nunca participaram de atividades educativas na MOV e 29 (16,11%) julgam que a metodologia utilizada está baseada na resolução de problemas concretos, em um processo de discussão utilizando o diálogo apenas durante as atividades educativas (GRÁFICO 13). Dessa forma, avalia-se que não há predominância de uma única metodologia nas ações educativas oferecidas pela instituição. Esse caráter diverso das atividades educativas pode estar ligado ao saber e a técnica utilizada pelo profissional que as conduz, porém é importante ressaltar que a falta de um projeto pedagógico institucional acerca das ações educativas subtraem um norteamento que as ações educativas deveriam ter para se alcançar os objetivos propostos à EPS. Nos trechos abaixo se têm exemplos de como são descritas as atividades na MOV pelas informantes-chave: “[...] acaba que nós participamos um pouco por áreas que a gente domina” (informante-chave nº 01) e “[...] apesar de não ter uma pessoa destinada nas outras

áreas, o próprio setor abraça isso e muitas vezes ele oferece essa qualificação” (informante chave nº 03).

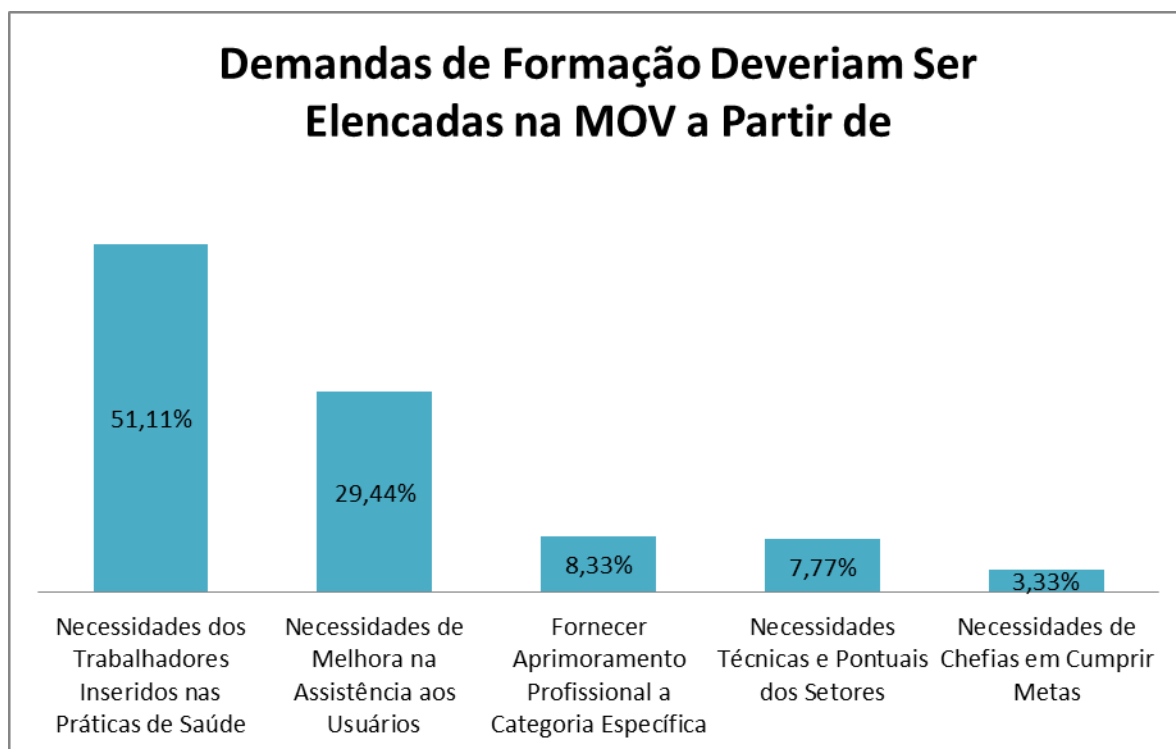
A partir dos dados acima se pode inferir que, primeiramente, as metodologias educativas utilizadas têm os pressupostos da educação bancária³⁵ tradicional, com um fluxo unidirecional, partindo de um profissional que domina um assunto e o transmite a outros que não o dominam, tornando os profissionais meros receptores de informações desligadas de suas práticas (FERLA *et al.* 2009). Cunha *et al.* (2014, p.72) afirmam que práticas educativas como capacitações, reuniões e cursos que utilizam metodologia que não envolvem a equipe na solução de problemas, está sendo verticalizada e fragmentada, caracterizando-se como ações de “educação continuada, cujo caráter é pontual e individualizado”. Assim, Silva, L. *et al.* (2016) entendem que as práticas educativas fechadas e verticalizadas, com pouca ou nenhuma interação dos trabalhadores no planejamento configuram-se como ações educativas voltadas ao aperfeiçoamento técnico e reprodutor do modelo biomédico hegemônico curativista, sem reflexão pelos trabalhadores da saúde. De acordo com Sarreta (2009) as ações de EPS devem se destinar à construção de saberes a partir das práticas profissionais interdisciplinares, contudo não devem ser meramente cursos com repasse de informações por um professor ou facilitador o qual detém os conhecimentos e deposita-os nos participantes. O processo pedagógico da EPS versa na interlocução e interação da realidade dos trabalhadores, ou seja, suas práticas reflexivas, com as teorias constantemente renovadas e adequadas às realidades concretas desses profissionais.

Cunha *et al.* (2014) reforçam, com seu estudo, que as práticas pedagógicas que estão voltadas às premissas da EPS devem ser direcionadas à solução dos problemas, com diálogo e oficinas de trabalho nas equipes, bem como ser realizadas nos ambientes de trabalhos dos profissionais e de forma sistemática, para que se possa alcançar as transformações das práticas profissionais que a PNEPS refere como premissa da EPS. Em nosso estudo, observou-se que 26,11% das atividades educativas apontam para a direção das premissas da EPS. A produção de conhecimento por meio do estranhamento da realidade vivenciada provoca tensões, interroga as práticas, desacomoda os saberes prévios e constrói novas e diferentes maneiras de viver a realidade do trabalho pelos profissionais da saúde (FERLA *et al.* 2009).

³⁵ O termo “bancárias” acima refere-se à concepção bancária da educação de Paulo Freire, em que o mesmo critica que o educador é o detentor do saber e realiza depósitos de conhecimentos aos alunos, desconectados da realidade dos alunos. “Na concepção ‘bancária’ que estamos criticando, para a qual a educação é o ato de depositar, de transferir, de transmitir valores e conhecimentos, não se verifica nem pode verificar-se esta superação. Pelo contrário, refletindo a sociedade opressora [...]” (FREIRE, 2005, p.67).

Para finalizar esta categoria, o gráfico 14 explicita o entendimento dos trabalhadores sobre como consideram que deveriam ser elencadas as demandas de formação da instituição.

Gráfico 14- Entendimento de como as demandas de formação deveriam ser elencadas na MOV.



Desse modo, os dados apresentados demonstram de que maneira os trabalhadores da saúde estudados consideram que as demandas de formação em serviço deveriam ser arroladas na MOV. Assim: 92 (51,11%) julgam que tal processo deva ocorrer a partir das necessidades dos trabalhadores da equipe interdisciplinar de saúde inseridos nas práticas de saúde; 53 (29,44%) supõem que devam ser de acordo com as necessidades de melhoria da assistência aos usuários do serviço; 15 (8,33%) que sejam desenvolvidas a fim de fornecer aprimoramento profissional de determinada categoria profissional; 14 (7,77%) a partir das necessidades pontuais/técnicas dos setores; e 6 (3,33%) a partir das necessidades das chefias em cumprir metas para o acordo de resultados. As respostas a essa questão demonstra que os trabalhadores pesquisados entendem, em sua maioria, que as demandas de formação em serviço devem partir das necessidades reais de profissionais reais em ação, de acordo com o preconizado pela PNEPS. Assim, para identificar suas reais necessidades de formação os trabalhadores devem “Refletir sobre sua prática, seu fazer, seu pensar educativo, suas

condições de trabalho, sua identidade como profissional [...]” (DORIGON; ROMANOWISK, 2008, p.09). Para que a reflexão-na-ação possa acontecer Schön (2008) argumenta que as práticas profissionais devem ser observadas e questionadas, não apenas individualmente, mas em grupo, ou como no caso desta pesquisa, em equipe. Assim, reflexões sobre as práticas resultantes de discussões entre os profissionais podem colaborar para as tomadas de decisões, compreensão e troca de conhecimentos e experiências. “A reflexão surge associada ao modo como se lida com os problemas da prática, à possibilidade da incerteza, estando aberta a novas hipóteses, dando forma a esses problemas e descobrindo novos caminhos, chegando então às soluções” (DORIGON; ROMANOWISK, 2008, p.14). Nesse sentido, entende-se que a formação teórica se complete na formação prática, na experiência direta do trabalho, com o trabalhador mobilizando os saberes necessários a cada atuação e se familiarizando com o seu ambiente de trabalho, suas dificuldades e particularidades (TARDIF, 2010), sendo assim imprescindíveis esses pressupostos para o sucesso das ações de EPS.

6.5 Categoria de análise 4: Reflexão sobre o processo de trabalho pela equipe interdisciplinar de saúde

Esta categoria de análise refere-se à reflexão sobre o processo de trabalho pela equipe interdisciplinar de saúde e para auferir esses dados foram apresentadas algumas atividades educativas realizadas no primeiro trimestre de 2016. Buscou-se, identificar se as práticas educativas oferecidas pela MOV refletem as demandas destes profissionais, como também saber a importância dessas práticas educativas para a transformação das práticas profissionais dos trabalhadores.

A seguir serão apresentadas algumas subcategorias de análise acerca da reflexão dos processos de trabalho pelo trabalhador da equipe interdisciplinar de saúde, tomando por base as respostas abertas dos participantes. Essas subcategorias não têm a finalidade de afirmar que tais atividades educativas são ou não positivas para as atividades profissionais dos respondentes, mas sim avaliar como observam e avaliam essas atividades em sua prática profissional. Antecipa-se uma das considerações gerais desta categoria: não foi possível captar em profundidade se os trabalhadores, de fato, refletem sobre suas práticas e se as ações educativas decorrem destas reflexões. Contudo, tem-se abaixo um conteúdo rico de estratégias que profissionais criaram em seus cotidianos de trabalho para adaptarem os conteúdos aprendidos no decorrer de suas práticas.

6.5.1 Subcategoria “Priorização para certas categorias profissionais”

Nessa subcategoria são demonstrados os entendimentos dos trabalhadores pesquisados no que se refere à priorização das ações educativas na instituição estudada para determinadas categorias profissionais, enquanto que outras categorias não são incluídas no processo de formação em serviço. Fica demonstrado, também, que algumas atividades não se referem às equipes, seja porque os conteúdos são muito específicos, seja porque se dirigem a setores específicos de atuação, comprovando que as atividades desenvolvidas muitas vezes não atendem às demandas das equipes.

Os fragmentos retirados das transcrições dos questionários que corroboram tais afirmações:

“São muito específicos de outras áreas” (participante nº 07); *“Para profissional x essas atividades citadas acima não influenciam a mudança de práticas educacionais”* (participante n 127); *“Não refletem as demandas da equipe interdisciplinar, por serem na grande maioria para um grupo específico”* (participante nº 133); *“A realização dessas atividades não existe sintonia de transformação na equipe (sic) e percebemos que não atinge toda equipe”* (participante nº 148); *“É preciso abrangência para as diversas categorias profissionais envolvidas”* (participante nº 150); *“Atendem a setores/categorias profissionais específicas”* (participante nº 158).

Silva, J. (2009), Barth (2012) e Moraes (2012) apontam que as ações de EPS respondem, muitas vezes, demandas especializadas e não multiprofissionais, levando à fragmentação da assistência, dificultando as discussões do trabalho em saúde com vistas à integralidade da atenção. Nesse sentido, a integralidade do cuidado dependerá da integração do sistema de saúde e dos seus profissionais, por meio de parcerias e corresponsabilidades entre as equipes de saúde. É de suma importância, para o envolvimento dos trabalhadores da equipe interdisciplinar, com vistas à integralidade da atenção, que estes entendam que nenhum profissional domina sozinho todos os conhecimentos necessários para a produção do cuidado integral (YAMAMOTO; MACHADO; SILVA JUNIOR, 2015). Por seu turno, as atividades educativas ou de capacitação para áreas específicas, e muitas vezes técnicas, não permitem a reflexão sobre o cotidiano do trabalho pelos profissionais e pelas equipes de saúde. Cunha *et al.* (2016) também relataram em seu estudo que poucos trabalhadores relacionam as atividades educativas com a PNEPS, pois as mesmas ainda continuam individualizadas e voltadas principalmente à especificidade das profissões e temas emergentes.

Estudo de Montanha e Peduzzi (2010) demonstra que quando as atividades educativas centram-se em categorias profissionais específicas e suas funções determinadas acentua-se a divisão do trabalho, a fragmentação do cuidado, das equipes e dos processos de trabalho em saúde. Os achados dessa subcategoria torna evidente, por meio dos trechos acima, que as muitas das ações educativas na instituição pesquisada referem-se a categorias profissionais específicas, sem a participação dos trabalhadores e equipes no planejamento das atividades. O que acaba por reforçar o trabalho individualizado, por categorias profissionais específicas, em detrimento do trabalho multiprofissional e interdisciplinar, podendo levar a prejuízos no que se refere à integralidade da saúde aos usuários do sistema.

6.5.2 Subcategoria “Não contemplam as necessidades dos trabalhadores”

Nessa subcategoria foram agrupadas as respostas dos participantes do estudo os quais referiram que as atividades educativas apresentadas não contemplam as necessidades dos trabalhadores, suas equipes ou seus setores, por falta de coesão entre as ações educativas e o trabalho desenvolvido por eles.

Assim, encontram-se abaixo alguns trechos extraídos dos questionários que sustentam essa subcategoria:

“Infelizmente, na MOV, as atividades oferecidas não atendem totalmente às necessidades reais dos profissionais” (participante nº 06); *“Às vezes têm assuntos que não atendem a demanda do setor/profissional”* (participante nº 58); *“Não são definidas pelas demandas dos profissionais e sim pelos gestores”* (participante nº 82); *“[que] A metodologia adotada seja adequada e [que] as demandas ou ‘temas’ sejam definidos de acordo com a necessidade do serviço e dos trabalhadores”* (participante nº 107); *“Quando foi possível participar de alguma atividade, esta mesma não teve qualquer relação com a demanda do setor”* (participante nº 179).

Arrieché (2010) e Costa (2014) afirmam que as práticas educativas por eles observadas não partiam das demandas do trabalho e mantinham a concepção tecnicista, tradicional e verticalizada dos processos educativos, assim, ao manter tais concepções perde-se a conexão entre o trabalho e o ensino, reafirmando a necessidade da participação profissional na elaboração dos temas e negociações requeridas pela PNEPS. De acordo com Smaha (2011), embora muitos projetos estivessem com o intuito de qualificar os trabalhadores, a dinâmica e a metodologia das ações não estavam de “[...] acordo com as diretrizes, pois são propostas fragmentadas e sem reflexão *a priori* dos trabalhadores, com

levantamentos de demandas” (SMAHA, 2011, p.123), abrangendo problemas emergentes através de “[...] palestras de instrução e a não problematização do cotidiano profissional, como reza da PNEPS” (idem). Os treinamentos de curta duração ainda são frequentes nos serviços de saúde, para sanar problemas pontuais, contrariando os elementos de reflexão sobre o processo de trabalho e construção coletiva presentes na PNEPS (BARRETO, 2010).

Peres, Silva e Barba (2016, p.792) também demonstraram que as ações educativas no serviço por eles estudado se dirigem a categorias profissionais específicas, com hora e data pré-determinadas, acontecem esporadicamente e “[...] não estão inseridas no processo de trabalho das unidades de saúde, nem mesmo partiu-se das necessidades sentidas no processo de trabalho dos trabalhadores para se definir o tema, como preconizado pela PNEPS”.

Nesse sentido, depreende-se que os trabalhadores estudados explicitaram que as atividades educativas na MOV não estão de acordo com as demandas dos próprios profissionais ou mesmos de seus setores de atuação, uma vez que tais atividades não puderam contemplar suas necessidades formativas.

6.5.3 Subcategoria “Refletem atualizações técnico-científicas”

A subcategoria ora em análise refere-se ao entendimento dos participantes do estudo sobre a natureza das atividades educativas: atualizações técnico-científicas, reciclagem ou aprimoramento pessoal.

Segundo eles, *“Contribuem para atualização/reciclagem de conhecimentos e práticas profissionais”* (participante nº 15); *“Tudo o que diz respeito ao aprimoramento dos profissionais reflete algum bom desempenho na execução das práticas profissionais”* (participante nº 51); *“Eu acredito que as atividades educativas são importantes para o crescimento e atualização dos profissionais”* (participante nº 65); *“Acredito que através dos treinamentos e atualizações técnico-científicas modificam e melhoram as práticas no dia-a-dia da maternidade”* (participante nº 70); *“As práticas profissionais estão em constante mudança sendo necessária a reciclagem, atualização e educação continuada”* (participante nº 90); *“São de fundamental importância para melhora da qualidade técnico-científica da equipe”* (participante nº101).

Para Silva, J. (2009), Barth (2012) e Moraes (2012), as atividades de educação dos trabalhadores da saúde corroboram a divisão social e técnica do trabalho. Ainda há predominância do saber clínico e especializado do processo de saúde e doença, reforçando o modelo biomédico hegemônico, o qual está pautado no trabalho individualizado em

detrimento do trabalho em equipe. Souza (2013), ao realizar estudo descritivo para avaliar a visão dos servidores públicos da saúde de Goiânia sobre a EPS, identificou que para os profissionais entrevistados há pouca diferenciação entre as ações de EPS e a atualização científica.

Em vários estudos acerca das ações de EPS (FLORES; OLIVEIRA; ZOCHE, 2016; MONTANHA; PEDUZZI, 2010; SILVA, L. *et al.*, 2016) foram identificados que ações pontuais e focais para resolução de problemas técnicos específicos, como transmissão de conhecimentos, treinamentos, reciclagens e atualizações, representam a continuidade do modelo escolar bancário e expressam a fragilidade da educação no trabalho tendo como fim a satisfação da clientela e a imagem da instituição. O predomínio desse tipo de atividade educativa “[...] reforça o destaque para a dimensão técnica do trabalho pautado no conhecimento técnico-científico [...]” (MONTANHA; PEDUZZI, 2010, p. 600), já criticada nesse estudo.

Assim, Ramos (2010) refere que a atualização técnica científica seria apenas um dos aspectos da EPS e não seu foco central. Ao se pensar em transformações das práticas, parte-se dos pressupostos de que a formação e desenvolvimento contêm aspectos desde a subjetividade dos trabalhadores, habilidades técnicas e conhecimento do SUS.

Ainda para a autora,

na proposta da educação permanente, a mudança das estratégias de organização e do exercício da atenção deveria ser construída na prática concreta das equipes. As demandas para capacitação não se definiriam somente a partir de uma lista de necessidades individuais de atualização, nem das orientações dos níveis centrais, mas prioritariamente dos problemas que ocorrem no dia a dia do trabalho referentes à atenção, à saúde e à organização do trabalho (RAMOS, 2010, p.71).

Para Ghedin (2008) o fazer e as necessidades humanas de formação não são tarefas fáceis de serem determinados, especialmente em uma sociedade marcadamente pragmatista e tecnicista. Especialmente no setor de saúde, tem-se ainda a necessidade de superação dos preceitos do modelo biomédico hegemônico curativista centrado nas tecnologias duras e nas curas de doenças, reafirmando assim que apenas atualizações técnicas-científicas são os aspectos necessários aos trabalhadores da saúde em relação à sua formação. O grande desafio dos serviços de saúde em implementar processos de ensino-aprendizagem participativos e críticos-reflexivos assenta-se na necessidade de romper com o modelo médico hegemônico curativista e incutir uma perspectiva de prevenção de agravos e promoção da saúde e vida (ANDRADE *et al.* 2016).

6.5.4 Subcategoria “Refletem demandas dos profissionais/setores”

Finalizando, essa subcategoria refere-se às respostas dos participantes do estudo que relacionam as atividades educativas às demandas dos profissionais ou setores nos quais estão inseridos. Porém muitos dos relatos não expressam se tais demandas se originam do planejamento conjunto destas atividades educativas ou a partir da reflexão crítica dos profissionais sobre suas reais necessidades de formação. Seguem os relatos:

“Os treinamentos são baseados nas principais demandas dos diversos setores da MOV” (participante nº 02); *“São todas atividades que necessitam ser sempre reforçadas/esclarecidas, pois fazem parte do dia-a-dia da equipe na maternidade”* (participante nº 31); *“Relacionam-se diretamente ao atendimento realizado na MOV”* (participante nº 73); *“São temas da nossa vivência diária na maternidade e sobre os quais deveríamos ter o mínimo domínio”* (participante nº 92); *“Essas atividades educativas possuem temas que refletem no dia-a-dia dos profissionais da maternidade”* (participante nº 123); *“Os temas abordados neste primeiro semestre contribuiu (sic) em muito para minhas práticas profissionais”* (participante nº 141); *“As atividades refletem a demanda da unidade, não dos profissionais”* (participante nº 159); *“Melhor padronização de condutas, integração da equipe para otimizar a assistência refletem demandas educativas dos profissionais de saúde”* (participante nº 164).

Ghedin (2008, p.136) se reporta a Schön e esclarece que “[...] a prática profissional desenvolvida sob uma perspectiva reflexiva não é uma prática que se realiza abstraindo-se do contexto social que ocorre [...]”, mas ela deve representar as contradições sociais existentes na sociedade que se torna contexto condicionante das práticas profissionais. Ao se considerar a EPS como orientadora dos processos formativos em saúde, é necessária a implicação dos trabalhadores da saúde como responsáveis das ações educativas cotidianas, tanto de formação em serviço, quanto de ações de trabalho desenvolvidas. De modo que o processo de formação resulta da reflexão sobre as práticas profissionais, das necessidades reais e demonstra que a construção do conhecimento se faz pelo encontro interdisciplinar das equipes e com a contextualização do que é apreendido e do que é vivenciado (FLORES; OLIVEIRA; ZOCHE, 2016).

Para Pimenta (2008), uma vez que os trabalhadores estão condicionados aos contextos em que atuam e a reflexão por si própria não leva a modificações das práticas profissionais. É necessário que os contextos sejam propícios a mudanças e que posições efetivas sejam tomadas. Assim, as atividades educativas das quais os trabalhadores da MOV puderam participar e referiram que refletem as demandas dos profissionais ou seus setores,

não implicam em mudanças concretas se não estiverem ligadas às necessidades reais e às possibilidades reais de mudanças do cotidiano de trabalho. Pimenta (idem, p.25) cita Lawn (1998) e “[...] analisa que uma coisa é identificar o lugar onde o professor [profissional] realiza sua função; outra e reduzir o problema a esse lugar”. Nesse sentido, para Ghedin (2008), toda reflexão deve estar historicamente ligada às circunstâncias concretas do contexto social, político, histórico e econômico dos sujeitos envolvidos. Assim, pode-se afirmar que não há reflexão desconectada das práticas reais e, caso esta reflexão não esteja conectada com as condições reais, ela será meramente uma abstração dos sujeitos e não promoverá transformações nestes sujeitos, tampouco em suas realidades.

6.6 Categoria de análise 5: Transformações profissionais por meio das ações educativas

Nesta categoria de análise estão incluídas perguntas de múltipla escolha, com alternativas pré-determinadas e também questões abertas, nas quais os participantes do estudo puderam expressar melhor a observação individual no que se refere a transformação de suas práticas profissionais. Será avaliado como os trabalhadores da equipe interdisciplinar percebem os impactos das ações educativas em sua prática profissional, acarretando ou não melhorias, e se acreditam que as ações das quais participaram contribuíram significativamente para transformar o processo de trabalho em saúde. Esta categoria foi dividida em subcategorias para o adequado entendimento das avaliações das transformações nas práticas e da relação teoria-prática estabelecida pelos trabalhadores.

Antes de discutir as subcategorias, é necessário entender do que trata tais transformações nas práticas. Inicialmente, conforme o dicionário Aurélio, transformação é ato ou efeito de transformar-se, metamorfose; alteração³⁶. Nesse sentido, para o MS (2005) a transformação das práticas profissionais se insere no contexto da reflexão sobre os processos de trabalho realizados pelos trabalhadores da saúde, em que, a partir dos problemas enfrentados na realidade do trabalho e levando em consideração os conhecimentos prévios desses trabalhadores, podem acontecer modificações na atenção à saúde do usuário, na gestão do trabalho do próprio trabalhador e nas próprias práticas profissionais. Nesse ponto, resgatou-se o potencial transformador que o trabalho tem, conforme observou Marx, em que o trabalhador, ao realizar uma atividade, modifica o meio em que vive e modifica-se a si mesmo. Assevera-se, então, o grande potencial de transformações das práticas profissionais

³⁶ Para consulta do conceito de transformação foi consultada a versão on-line do Dicionário Aurélio, disponível em <https://dicionariodoaurelio.com/transformacao>. Acesso em 13 de dezembro de 2016, às 16:41h.

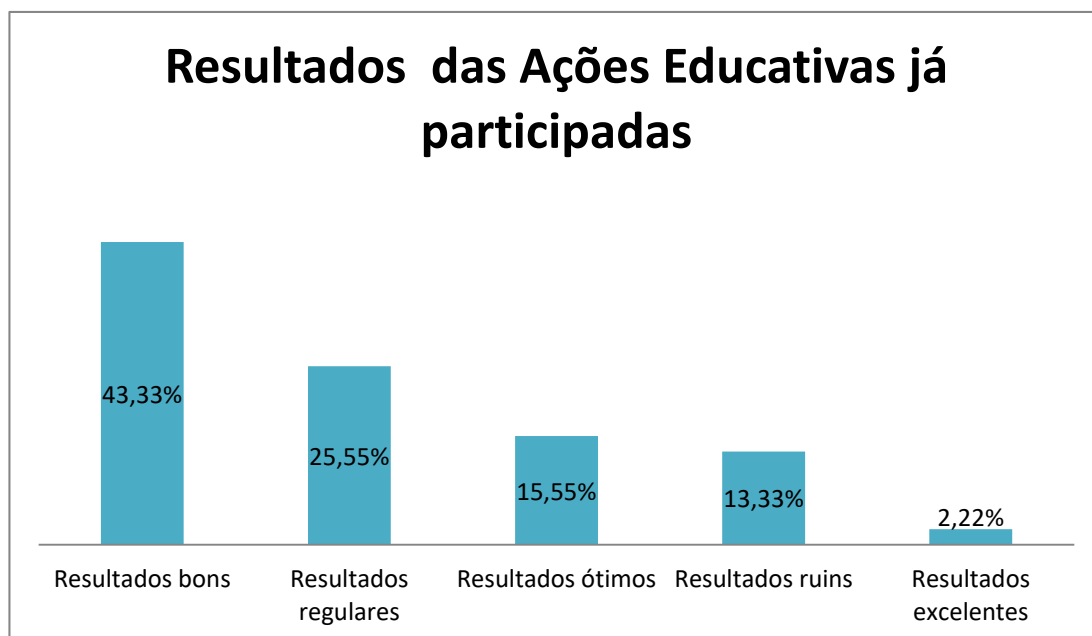
para a vida do trabalhador, por meio de sua atividade profissional, acreditando-se que tais transformações podem ser decorrentes de, em muitos casos, reflexões sobre as próprias práticas profissionais. Entende-se também, que muitas vezes estas reflexões sistemáticas sobre das práticas não acontecem tão claramente para os trabalhadores, contudo as modificações no próprio trabalhador podem acontecer mesmo sem tais reflexões.

Nesse sentido, é plausível fazer a distinção entre transformação das práticas e a transformação dos comportamentos para as mudanças que podem ocorrer no trabalho por meio das ações educativas. Para Montanha e Peduzzi (2010, p. 602), a transformação das práticas refere-se ao trabalho como ação social. Desse modo, diz respeito a “[...] como são apreendidas as necessidades de cuidado dos usuários e as respostas oferecidas pelos trabalhadores e pelo serviço [...]” para saná-las; já as transformações comportamentais dizem respeito as mudanças individuais de atitudes dos trabalhadores. Neste estudo, estão sendo considerados ambos os significados de transformação explicitados pelas autoras, tanto como a definição do dicionário Aurélio, o entendimento do MS e o potencial transformador do trabalho, pois se acredita que as modificações podem acontecer nas práticas profissionais, nos trabalhadores ou em ambos, concomitantemente. Desse modo, ao se realizar a EPS propriamente dita, deverão acontecer transformações nos trabalhadores para que estes modifiquem suas práticas e, finalmente, possam melhorar e alterar as práticas de saúde dispendidas aos usuários do sistema de saúde, ou seja, alteram-se a si mesmos e o ambiente em que trabalham.

6.6.1 Subcategoria “Transformações das práticas profissionais”

Nessa subcategoria foram agrupadas as respostas dos participantes que expressaram que as ações educativas das quais participaram na MOV promoveram transformações em suas práticas profissionais. Consideraram-se transformações de qualquer natureza, desde que trabalhadores tenham explicitado que alguma mudança ocorreu em suas práticas profissionais por meio das ações educativas que já participaram. O gráfico 15 apresenta os resultados observados pelos trabalhadores nesse sentido.

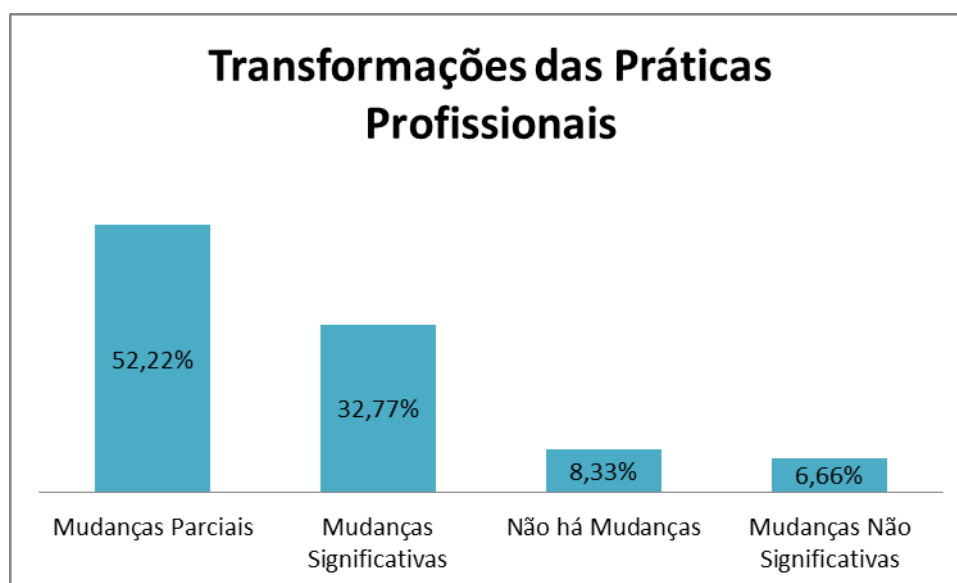
Gráfico 15 – Resultados das ações educativas já participadas para as práticas profissionais.



Os dados da pesquisa demonstram que, em relação às mudanças/melhoras nos processos de trabalhos, resultantes advindas das atividades educativas, 78 (43,33%) dos trabalhadores observam bom resultado; 46 (25,55%) responderam que os resultados são regulares; 28 (15,55%) que os resultados são ótimos; 24 (13,33%) que são ruins; e 4 (2,22%) que são excelentes os efeitos proporcionados pelas ações educativas.

Já o gráfico 16 explicita o entendimento dos trabalhadores sobre a contribuição das ações educativas para as mudanças nos processos de trabalho em saúde.

Gráfico 16 – Transformações nas práticas profissionais por meio das atividades educativas.



Sobre a afirmativa expressa no questionário “As ações de Educação Permanente em Saúde que já participei na MOV contribuíram significativamente para transformar o meu processo de trabalho em saúde”, foi solicitado que os participantes do estudo avaliassem de que maneira a afirmativa refletia a transformação de suas práticas profissionais a partir das ações de formação em serviço. Assim, 94 (52,22%) participantes avaliaram que houve mudanças parciais nas práticas profissionais, 59 (32,77%) afirmaram que as mudanças aconteceram de fato, 15 (8,33%) referiram que não há mudanças nas práticas por meio das atividades educativas e 12 (6,66%) julgaram que as mudanças não foram significativas para transformar os processos de trabalho.

Ao analisar as duas perguntas acima, que se relacionam intrinsecamente, observa-se que, de forma geral, os resultados das ações educativas desenvolvidas na MOV têm sido positivos para os processos de trabalho dos trabalhadores da equipe interdisciplinar, com cerca de 60% das respostas variando entre bom, ótimo e excelentes. Nota-se, aqui, um aspecto importante em relação ao impacto que tais ações possam ter no dia-a-dia de trabalho dos profissionais estudados, uma vez que o público é muito diverso, alguns grupos têm mais ou menos afinidades com os temas citados e, por isso, uns ou outros observaram mais ou menos resultados em suas realidades profissionais. Da mesma forma, ao relacionar os profissionais que responderam que houve mudanças parciais em suas práticas profissionais e os que afirmaram que as mudanças aconteceram de fato, tem-se cerca de 85% de profissionais que acreditam que alguma mudança em suas práticas ocorreu.

Ambos os questionamentos remetem à conclusão de que as ações educativas foram positivas e podem também ter provocado mudanças nas práticas profissionais, mesmo que tais ações não sejam fruto de reflexões sobre as práticas profissionais dos participantes do estudo. Assim, acredita-se na premissa que qualquer educação é melhor que nenhuma educação, mesmo não sendo produto de reflexão sobre as práticas profissionais. Esta afirmação não refuta os princípios da PNEPS. Acredita-se que as ações educativas devam acontecer a partir de reflexões sobre as práticas profissionais e suas demandas reais. Contudo, pode-se valorizar quaisquer impactos positivos que tentativas de formação em serviço exerçam sobre os trabalhadores da saúde. Nos trechos abaixo, exemplifica-se com o entendimento de alguns participantes do estudo, tais conclusões:

“Saber e atualizar nunca é demais” (participante nº 04); *“Sempre há algo novo para aprendermos”* (participante nº 11); *“As coisas mudam muito rápido, precisamos estar reciclando sempre”* (participante nº 16); *“Qualquer atividade em saúde é importante, pois conhecimento nunca é demais”* (participante nº 18); *“Conhecimento nunca é demais e nunca é tarde para melhorar”* (participante nº 88); *“Qualquer atividade educativa, independentemente do seu objetivo, agrega valor pessoal e institucional”* (participante nº 117).

Nesse sentido, Silva, L. *et al.* (2016) também confirmam estas conclusões, ao afirmarem que não se está negando ou excluindo o valor de ações pontuais e técnicas, pois em muitos momentos elas são necessárias. Mas, apesar disso, reafirma-se a importância de programas educativos que estejam de acordo com as necessidades dos trabalhadores, comprometidos com as transformações dos processos de trabalho e com a integralização teórico-prática das ações. Nesse intento, é importante que as ações estejam vinculadas ao processo de trabalho e repercutam modificações para os trabalhadores.

Desse modo, acredita-se que os trabalhadores questionados neste estudo ao que afirmarem que tiveram acesso a algum tipo de conhecimento, seja por meio de revisão de conteúdos ou cursos de aprimoramento, mesmo que distantes de suas práticas profissionais podem atribuir algum significado a tais ações e ser esse um passo inicial para que as reflexões sobre as práticas profissionais aconteçam. Por outro lado, pode-se entender que a desvalorização de qualquer tipo de conhecimento gerado nas práticas profissionais cotidianas, expropria os trabalhadores, os serviços e a sociedade de seus saberes tácitos e pode levar à anulação da realidade local, com consequente descrédito das ações de formação em serviço e do potencial educativo do trabalho. Com isso, entende-se importante a valorização das ações educativas, mesmos que não resultantes dos processos de reflexão sobre as práticas

profissionais, para que num futuro após terem sido realizadas reflexões sobre as práticas profissionais tais ações podem acarretar em potencial de mudança das realidades.

Ainda nessa subcategoria, alguns excertos das respostas abertas em que as frases e expressões explicitam com clareza a mudança real de atitudes e forma de fazer e pensar o processo de trabalho em saúde. Os participantes do estudo responderam que observam que as atividades educativas são importantes para as transformações em suas práticas de trabalho, porém não foi possível identificar se tais transformações resultaram de reflexões sobre os processos de trabalho, pois isso não ficou claro nas respostas dos participantes da pesquisa. Afirma-se, nesse ponto da pesquisa, que independente da maneira com que tais transformações aconteceram elas puderam gerar impactos nas atuações profissionais, mesmo que não relacionadas diretamente às demandas de formação de cada profissional. O estudo de Souza (2013) constatou que 60% dos servidores por ele estudado consideraram-se satisfeitos com as ações educativas realizadas e que a participação nas ações transformou suas práticas profissionais, mesmo com os fatores que dificultaram as ações educativas.

Observe-se abaixo alguns trechos extraídos das questões discursivas que também representam essa subcategoria:

“Participação nos traz conhecimento para fazer novas abordagens e deixar práticas antigas” (participante nº 37); *“Nas ações de educação permanente, agregamos à nossa prática novas condutas, procedimentos e estimulamos nossa visão crítica sobre a prática de saúde executada”* (participante nº 106); *“Acredito porque vejo na prática oportunidades e melhorias do atendimento após os treinamentos”* (participante nº 54); *“Acredito que as práticas de educação são ferramentas de essencial valor para mudanças de comportamento dos profissionais”* (participante nº 61); *“São importantíssimas para transformações das práticas de trabalho, verificamos que quando bem repassadas, logo se vê a mudança nas técnicas e fluxos de atendimento”* (participante nº 106); *“Repensar nossa prática profissional e desta forma podemos transforma-la em uma prática melhor”* (participante nº 157).

Concordando com Peres, Silva e Barba (2016), salienta-se que, apesar de os participantes desse estudo não terem presenciado ou participado de ações de EPS, a rigor, uma vez que as premissas básicas da PNEPS não são seguidas na instituição, estes avaliaram ter havido impactos positivos em suas atuações devido às ações em que participaram e estabeleceram uma importante relação entre as práticas educativas e o potencial de transformação das realidades, dos processos de trabalho e de qualificação do serviço de saúde. Nesse sentido, Silva, L. *et al.* (2016, p.772) explicita que os trabalhadores de saúde valorizam

“[...] as mudanças nos processos de trabalho como uma forma de monitorar os resultados das ações educativas”. A educação no trabalho deve estar aliada às particularidades e necessidades dos processos de trabalho para que a solução de situações problemáticas possam envolver transformações do trabalhador, das suas práticas profissionais e de ambos (DORIGON; ROMANOWSKI, 2008). Desse modo, a ênfase da EPS está na transformação. Transformação que se dará nas técnicas, nas relações, nos processos de trabalho, nos indivíduos. Portanto, o saber atribuído pelas ações educativas é um saber que é “[...] experienciado por ser experimentado no trabalho, ao mesmo tempo em que modela a identidade daquele que trabalha” (TARDIF, 2010, p.110), ou seja, as ações educativas devem considerar, além das particularidades dos profissionais de saúde, seus saberes próprios, seu ambiente de trabalho e as peculiaridades que cada caso exige, a fim de proporcionar a formação na ação do profissional. Reconhece-se, nesse ponto, que esse processo de transformações das práticas profissionais não é simples ou fácil de ser realizado pelos trabalhadores da saúde, os quais muitas vezes não têm tempo, oportunidades ou entendimento necessário para realizar tal movimento, como já discutido em categorias anteriores. Assim, as transformações das práticas devem se dar numa perspectiva crítica com a adoção de “[...] uma postura cautelosa na abordagem da prática reflexiva, evitando que o profissional venha a operar, estranhamente, a separação de sua prática do contexto social que a mesma ocorre” (PIMENTA, 2008, p.24).

Para Ghedin (2008, p.142) o ato reflexivo é o passo inicial para que as transformações das práticas profissionais aconteçam, implicando, contudo, em mudanças ativas no contexto social em questão, caso esse movimento não ocorra, o exercício intelectual de reflexão se tornará mera abstração do mundo, “[...] a reflexão que não se torna ação política, transformadora da própria prática, não tem sentido no horizonte educativo”.

Nesse sentido, chama-se a atenção para a importância das atividades de EPS proporcionarem transformações práticas e sociais nos envolvidos na atenção à saúde, com comprometimento de todos os envolvidos nesse processo de formação no trabalho para o desenvolvimento das equipes de saúde e dos indivíduos. O reconhecimento destes sujeitos como participantes das propostas educativas se constitui requisito imprescindível no sucesso de implantação de mudanças (CUNHA, *et al*, 2014; PIMENTA, 2008).

6.6.2 Subcategoria “Relação teoria/prática”

Nesta subcategoria, encontra-se o entendimento dos participantes do estudo quanto a relação entre a teoria e a prática nas ações educativas da MOV. Foram agrupadas nessa subcategoria as seguintes respostas:

“Com essas ações podemos aliar o conhecimento oferecido com a prática diária, podendo assim qualificar assistência de enfermagem para nossos usuários” (participante nº 14); *“Pois das poucas ações de educação que se relacionaram com o meu setor de trabalho pude aplicar no meu dia-a-dia”* (participante nº 51); *“Já participei de alguns cursos e foi muito enriquecedor para mim e o mesmo consegui aplicar na prática”* (participante nº 88); *“Porque tudo que aprendemos nas atividades educativas são levadas para nosso dia-a-dia dentro do hospital”* (participante nº 93); *“Os cursos oferecidos melhoraram muito a minha prática, aprendi muitas coisas e as uso no meu dia de trabalho”* (participante nº 103); *“Através da EPS que participei consegui aprender e melhorar na minha prática profissional, pois, basta colocar em prática o que foi discutido durante as atividades”* (participante nº 129).

Para Ghedin (2008), o fazer prático só tem sentido quando atribuímos significado à necessidade de porque fazer algo. Ao pensar sobre a necessidade de fazer algo está sistematicamente refletindo sobre a realidade e suas necessidades. Nesse sentido, para Libâneo (2008) a realidade é, então, uma construção teórico-prática e o conhecimento teórico tem a função de desvendar as práticas reais e suas necessidades e construir uma visão crítica sobre essa realidade, ao implicar em auto-reflexão pelos sujeitos, sobre si próprios, seus compromissos e seus limites. Ainda para Libâneo (idem, p.69), a relação entre a teoria e a prática parte da subjetividade dos sujeitos, contudo é determinada pela objetividade, assim, as ações educativas “[...] apresentam-se aos sujeitos como inteligíveis à consciência, de modo que o que fazemos tem a ver com o que pensamos, e vice-versa. A reflexividade consiste, precisamente, nesse processo de tomar consciência da ação, de tornar inteligível a ação, pensar sobre o que se faz”. Desse modo, os trabalhadores estudados, quando afirmam que conseguem relacionar a prática diária de seus processos de trabalho com o conhecimento adquirido nas ações educativas da instituição, como observado nos trechos acima, estão fazendo apenas uma parte do movimento de relação teoria-prática, o qual já pode ser considerado válido, pois, uma vez que tal conhecimento tem alguma relação com as práticas profissionais, podem ainda provocar mudanças, ou seja, por meio de suas práticas podem ser reconhecido o potencial educativo do trabalho ainda que de forma tácita. Flores, Oliveira e

Zocche (2016) afirmam que os saberes e conhecimentos já dominados pelo trabalhador dão suporte à construção de novos conhecimentos. Assim, o conhecimento não é só uma construção social, é um torna-se hábil, é uma “[...] superação de limites próprios que o conhecimento adquirido e produzido fomenta-se de sentido em nós” (GHIDEN, 2008, p.142). Contudo, há a necessidade de uma análise crítica por parte destes trabalhadores em relação às suas realidades, às suas práticas e ao conteúdo ministrado nas ações educativas e suas necessidades reais de trabalho e vice-versa.

6.7 Identificação das demandas de formação pelos participantes do estudo

Neste item serão apresentadas as sugestões mais elencadas pelos participantes do estudo no que se refere às demandas de formação identificadas por eles ao responderem o questionário da pesquisa. Para isso, ao final do questionário foi feito o questionamento: “Cite atividades educativas você tem interesse ou necessidade de participar. Coloque suas sugestões”. Assim foi possível identificar de forma não sistemática as demandas de formação dos participantes do estudo. Ressalta-se que não houve orientações prévias pela pesquisadora de como cada participante deveria elencar suas demandas, porém acredita-se que cada profissional tenha identificado as demandas formativas que respondem as necessidades ligadas às suas práticas profissionais.

Assim, têm-se: atendimento de urgência e emergência em adultos e recém-nascidos (insere-se nessas sugestões temas como atendimento de parada cardiorrespiratória de adultos e recém-nascidos, reanimação neonatal e atendimento a urgências obstétricas); transporte neonatal intra e extra-hospitalar; cuidados com medicamentos (neste item estão temas como administração de antibióticos em adultos e recém-nascidos, interações medicamentosas e reações adversas, punção venosa em recém-nascidos, padronização de diluição de medicações); atendimento a mulher vítima de violência sexual; humanização do atendimento nas unidades assistenciais; e Reequilíbrio Toraco-Abdominal.

Houve diversas outras sugestões que não tiveram grande prevalência, contudo, sabe-se que todas as sugestões são reais e necessárias, pois ao serem pontuadas pelos próprios trabalhadores da saúde infere-se que cada profissional tem suas demandas de formação. E como prevê a PNEPS, cada trabalhador deve refletir sobre suas práticas profissionais e identificar aquilo que tem significância para a sua realidade de trabalho. As demandas identificadas nesta pesquisa serão apresentadas para o NEP/MOV, às chefias e aos próprios

trabalhadores a fim de buscarem soluções conjuntas para as necessidades dos trabalhadores da instituição pesquisada.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa teve como objetivo compreender como são desenvolvidas as ações de EPS para a formação no trabalho da equipe interdisciplinar de saúde da MOV. Foi considerado o potencial educativo do trabalho como meio de promover transformações nas práticas profissionais, assim, optou-se realizar uma pesquisa quanti-qualitativa ancorada pelo referencial teórico da reflexão-na-ação proposto por de Donald A. Schön.

A educação no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho são as premissas que sustentam as ações de EPS sugeridas pela PNEPS. Desse modo, atividades educativas que não refletem as necessidades dos trabalhadores da saúde inseridos em práticas profissionais reais não podem ser chamadas ações de EPS.

O planejamento das ações educativas na MOV teve grande destaque nesta pesquisa, uma vez que foi evidenciado pelos trabalhadores pesquisados que tal planejamento é, principalmente, realizado pelas chefias imediatas/coordenação e que a equipe interdisciplinar da saúde está alijada desse processo. Pode-se afirmar ainda, que as ações educativas desenvolvidas na instituição pesquisada se dão de forma descendentes e verticalizadas, não partindo das necessidades dos profissionais envolvidos na assistência à saúde.

Os participantes estudados associam as ações educativas que tiveram acesso na MOV à EPS. Contudo, pode-se observar que as atividades educativas na instituição são prioritariamente ações de atualização e treinamento pontual, sem reflexão por parte dos trabalhadores sobre suas reais necessidades de formação no trabalho.

Tais dados demonstram que não há integração dos trabalhadores estudados com o planejamento das atividades educativas na instituição, as quais são desenvolvidas de maneira verticalizada ou por critérios que não condizem com as necessidades dos trabalhadores, sem reflexão pelos trabalhadores sobre suas necessidades de formação. Estes dados confirmam a hipótese inicial da pesquisadora em avaliar que as ações educativas não partiam das necessidades reais dos profissionais da equipe interdisciplinar de saúde.

Desse modo, pode-se afirmar que na instituição pesquisada não são desenvolvidas ações de EPS, uma vez que foi demonstrado que não há envolvimento e participação dos

trabalhadores pesquisados com as ações educativas e tais ações não partem a rigor as demandas de formação dos profissionais da equipe interdisciplinar da saúde.

Nesse ponto é importante inferir sobre a relação que os gestores e trabalhadores da saúde têm no contexto estudado, pois muitos gestores são oriundos do universo dos trabalhadores e enfrentam as mesmas contradições encontradas no estudo, como a necessidade de cumprimento de metas para o acordo interno de resultado em detrimento das demandas de formação em serviço. Os trabalhadores pesquisados demonstraram que muitas vezes as ações educativas estão apenas para cumprir as metas de tal acordo e não refletem as necessidades práticas profissionais, por isso, entende-se que a EPS no serviço estudado não está sendo considerada nos moldes que são previstos pela PNEPS. Desse modo, compreende-se o espaço de contradição que os próprios gestores se encontram, estando amarrados a normas e metas burocráticas. Contudo, faz-se necessário o rompimento com tais procedimentos e uma análise real das equipes de saúde e suas necessidades de formação para que a EPS no serviço estudado se torne real e promova as transformações nas práticas dos profissionais.

Para que a EPS seja uma realidade vivenciada na MOV e não apenas uma norma escrita, faz-se necessária ainda a definição de objetivos e programação institucional acerca do desenvolvimento de ações educativas na instituição pesquisada, bem como a reelaboração pelos profissionais do NEP daquilo que vem a ser a EPS para a instituição, para que tais ações sejam pertinentes às necessidades dos trabalhadores e ocorra a integração dos mesmos no planejamento das ações resultando, posteriormente, em transformações das práticas profissionais.

Gestores e trabalhadores da saúde que não se envolvem nestes processos de construção de uma EPS transformadora, destituem-se do seu papel de protagonistas do SUS e das possibilidades de abertura intelectual que a EPS pode propiciar, deixando o sistema de saúde enfraquecido e exposto aos interesses do mercado. Por outro lado, trabalhadores da saúde cientes de suas necessidades de formação a partir de suas práticas, repensam e promovem transformações nas mesmas e se tornam atores principais de suas práticas profissionais, protegendo e fortalecendo assim o SUS das investidas de forças externas.

A formação no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho proporcionado pela realização da EPS nos serviços de saúde garantem aos usuários dos SUS as premissas básicas de integralidade, universalidade e equidade, todas com qualidade de assistência à saúde, pois teremos profissionais com visão crítica, com empoderamento de seus espaços e com formação necessária para suas práticas locais e reais. Assim, a implicação do trabalhador da saúde é

peça chave para o sucesso da EPS, uma vez que o trabalhador torna-se o maior responsável pelas ações educativas a partir das necessidades identificadas em suas práticas profissionais, resultando, posteriormente, em melhoria da qualidade do serviço prestado à população, fortalecendo o SUS e garantindo sua manutenção para os trabalhadores e usuários.

Não se pode deixar de explicitar ainda que se notou em alguns momentos da pesquisa um esforço dos trabalhadores da equipe interdisciplinar da saúde em considerar necessárias as mudanças em suas práticas profissionais por meio das ações educativas, num horizonte de partilha de conhecimentos do cotidiano do trabalho em saúde, movimento intrínseco das equipes interdisciplinares de saúde. Assim, pode-se afirmar que o ambiente estudado é rico em possibilidades para que a EPS desenvolva/transforme a equipe interdisciplinar de saúde e seu processo de trabalho em saúde, desde que haja possibilidades de envolvimento dos trabalhadores no planejamento das ações educativas e tais ações reflitam às necessidades dos mesmos e suas equipes de trabalho.

Para que a EPS seja real e se torne instrumento para transformações nas práticas profissionais considera-se ainda importante que haja problematização dessas práticas pelos próprios profissionais de saúde. Uma vez que, como demonstrado, não há integração desses no planejamento das ações educativas na instituição, pode-se concluir que se não há problematização daquelas práticas pelos profissionais da instituição pesquisada, as ações educativas nela desenvolvidas estão descoladas das necessidades reais dos trabalhadores. Esse entendimento parte do pressuposto teórico de que deve haver reflexão sobre as práticas profissionais (ou, com proposto por Schön a reflexão-na-ação) para que haja problematização das mesmas e, conseqüentemente, sejam identificadas as necessidades reais dos profissionais em ação, podendo ser concretizadas transformações nas práticas dos profissionais.

Nesse ponto, há ainda que se considerar que a formação no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho prevista pela PNEPS retoma a ideia inicial desta pesquisa ao considerar o potencial educativo que o trabalho têm para os trabalhadores da saúde, uma vez que a partir de suas necessidades reais os trabalhadores podem repensar suas práticas e criar novas estratégias em equipe para solucionar suas situações cotidianas e assim modificarem suas práticas profissionais e modificando a eles mesmos. Retoma-se o entendimento da analítica de Marx sobre o trabalho, na qual o mesmo refere que por meio do trabalho o homem modifica o meio ambiente e modifica-se a si mesmo, ou seja, mesmo de forma tácita o potencial educativo do trabalho está imbricado no processo de trabalho em saúde e nas ações de EPS.

Entre as limitações da pesquisa pontua-se que não foi possível captar por meio dos questionários aplicados se os trabalhadores da saúde realizam o processo de reflexão

sobre suas práticas profissionais, seus saberes ou seus conhecimentos para identificar suas necessidades de formação no trabalho. Assim, entende-se que a transformação das práticas profissionais requeridas pela PNEPS não são simples ou fáceis de serem realizadas pelos próprios profissionais, tendo em vista as diversas limitações já explicitadas nesse estudo.

Ainda como limitação da pesquisa, pontua-se que não foi possível realizar uma análise qualitativa em profundidade os dados numéricos dos questionários, devido à limitação de tal método de coleta de dados. Porém, o mesmo permitiu a análise de um N grande de trabalhadores da saúde, a fim de serem possíveis algumas generalizações sobre as ações educativas na instituição pesquisada em detrimento de análises mais profundas sobre a EPS na perspectiva de cada trabalhador. Esta foi uma escolha da pesquisadora como já mencionado nos procedimentos metodológicos.

Considera-se que foi um grande desafio realizar uma pesquisa sobre a educação em serviço com a equipe interdisciplinar de saúde na instituição estudada, uma vez que cada categoria profissional tem suas particularidades e necessidades. Contudo, acredita-se que a discussão das necessidades de formação em serviço deve acontecer dentro dessas equipes, em seus espaços de atuação, pois cada profissional com seu saber particular poderá contribuir para construção do conhecimento da equipe, consolidação do saber e identificação conjunta de soluções para os problemas diários dos usuários do serviço de saúde. Como foi explicitado anteriormente nesta pesquisa, pondera-se que nenhuma categoria profissional da saúde detém todo o conhecimento necessário para a resolução dos problemas de saúde dos usuários e por isso a atuação em equipe é imprescindível para a melhoria da qualidade do serviço prestado.

Nesse sentido, entende-se que outras pesquisas são necessárias a fim de se compreender como se desenvolve o processo de reflexão sobre as práticas profissionais pela equipe interdisciplinar da saúde inserida em ação real nos serviços de saúde, analisando o processo de reflexão-na-ação por esta equipe, a partir do potencial educativo do trabalho. Também se acredita ser importante identificar/mapear de que maneira as ações de EPS podem proporcionar transformações reais nas práticas destes profissionais, resultando em melhoria na saúde das populações.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, R. S. A. *et al.* Processo de trabalho em unidade de saúde da família e a educação permanente. *Revista Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 505-521, maio/agosto, 2016.
- ANTUNES, S. Pessoal de nível médio e auxiliar. p.135-148. In.: BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Anais da IV Conferência Nacional de Saúde*. Recursos Humanos para as atividades de Saúde, Rio de Janeiro, 1967. 296p. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/4_CNs_anais.pdf. Acesso em: 13 de outubro de 2015.
- ARRIECHE, T. A. *A construção de um espaço para educação permanente em saúde: refletindo e problematizando a assistência de enfermagem*. 2010. 93f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Rio Grande, 2010.
- AUSUBEL, D. P. *Aquisição e retenção de conhecimentos: uma perspectiva cognitiva*. Tradução Lígia Teopisto. Plátano Editora, Lisboa, 2003.
- BARBOSA, V.B.A. *Educação permanente na estratégia saúde da família: uma proposta a ser construída*. 2008. 148f. Dissertação (Mestrado Profissional) - Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2008.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Tradução de Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. 3ª reimpressão da 1ª edição de 2016. São Paulo: Edições 70, 2016. 279 p.
- BARRETO, C. M. G. *A política nacional de educação permanente em saúde e suas concepções de trabalho e educação*. 2010. 89f. Dissertação (Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde)- Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2010.
- BARTH, P. O. *Educação permanente em saúde: concepções e práticas em Centros de Saúde de Florianópolis/SC*. 2012. 131f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012.
- BIANCHETTI, R. G. *Modelo neoliberal e políticas educacionais*. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 1999. 119 p. (Questões da nossa época).
- BORGES, J.L.J. *A reestruturação organizacional do modelo de saúde e o processo de educação permanente no SUS*. 2009. 197f. Dissertação (Mestrado em Educação)- Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal do Sergipe, São Cristóvão, 2009.
- BRAGA, E. Educação e Treinamento de pessoal para as atividades de saúde. p.45-55. In.: BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Anais da IV Conferência Nacional de Saúde*. Recursos Humanos para as atividades de Saúde, Rio de Janeiro, 1967. 296p. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/4_CNs_anais.pdf. Acesso em: 13 outubro 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Anais da IV Conferência Nacional de Saúde*. Recursos Humanos para as atividades de Saúde, Rio de Janeiro, 1967. 296p. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/4_CNs_anais.pdf. Acesso em: 13 outubro 2015.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Anais da VII Conferência Nacional de Saúde: Extensão das ações de saúde através dos serviços básicos*. Brasília, 1980. 280p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/7_conferencia_nacional_saude_anais.pdf . Acesso em 13 de outubro de 2015.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Anais da VIII Conferência Nacional de Saúde*. Brasília, 1986a. 392p. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/8_CNS_Anais.pdf 2008. Acesso em: 19 novembro de 2015.

_____.Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Relatório final da I Conferência Nacional de Recursos Humanos para a saúde*. Brasília, 1986b. 53p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/CNRH_sa%FAde.pdf. Acesso em: 19 novembro de 2015.

_____. Constituição (1988) *Constituição Federal da República Federativa do Brasil*. Brasília, 1988. 292p. Disponível em: http://www.senado.gov.br/sf/legislacao/const/con1988/CON1988_05.10.1988/CON1988.htm. Acesso em: 09 novembro de 2015.

_____. Congresso Nacional. *Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>. Acesso em: 19 novembro de 2015.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Relatório da IX Conferência Nacional de Saúde*. Municipalização é o caminho. Brasília: 1993. 43p. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/9_CNS_Relatorio%20Final%20Caderno%2001.pdf. Acesso em: 19 novembro de 2015.

_____. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS. *II Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde*. Relatório final. Brasília: Caderno de Recursos Humanos, v.2, n.1, julho, 1994a. 59p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/crhsv2n1.pdf>. Acesso em: 19 de novembro de 2015.

_____. Ministério da Saúde. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. Coordenação de Sistemas de Informação. Sistema Único de Saúde. Legislação Federal. *Portaria conjunta nº 01 de 16 de agosto de 1994*. Altera itens que classifica os Hospitais de Ensino para a concessão do FIDEPS. 1994b. Disponível em: http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/fideps/SES_SAS_Pc1_94fideps.doc. Acesso em 10 de maio de 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS. *Política de recursos humanos de saúde: agenda de prioridades para ação dos gestores do SUS*. Brasília, 1995. Disponível em: http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos_apoio/RHSUS_pol_sum.pdf. Acesso em 20 novembro de 2015.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Relatório da X Conferência Nacional de Saúde*. Relatório final. Brasília: 1998. 89p. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/10_CNS.pdf. Acesso em: 20 novembro de 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas, Área Técnica da Saúde da Mulher. *Gestação de Alto Risco*. Brasília, 2000. 164p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/25gestacao_alto_risco.pdf Acesso em 20 ago. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Relatório da XI Conferência Nacional de Saúde*. O Brasil falando como quer ser tratado: efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social: relatório final. – Brasília: 2001. 199p. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_11.pdf. Acesso em: 19 novembro de 2015.

_____. 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: polos de educação permanente em saúde*. – Brasília: 2003. 21p.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *XII Conferência Nacional de Saúde: Conferência Sergio Arouca: saúde um direito de todos e um dever do estado. A saúde que temos, o SUS que queremos*. Brasília: 2004a. 232p. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/12_CNS_Relatorio%20Final.pdf. Acesso em: 20 novembro de 2015.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Portaria nº 198/GM/MS 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, 2004b. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1832.pdf>. Acesso em 20 novembro de 2015.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS)*– 3ª ed. rev. atual. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005a. 98p. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/nob_rh_2005.pdf. Acesso em: 20 de novembro de 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Documentos preparatórios para 3.ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde: trabalhadores da saúde e a saúde de todos os brasileiros: práticas de*

trabalho, gestão, formação e participação. 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005b. 73p. Disponível em: <http://livroaberto.ibict.br/handle/1/878>. Acesso em: 05 setembro de 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *A Educação Permanente entra na Roda: Polos de Educação Permanente em Saúde: conceitos e caminhos a percorrer*. Serie C. Projetos, Programas e Relatórios. Brasília, 2005c. 36p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/educacao_permanente_entra_na_roda.pdf. Acesso em 10 de setembro de 2015.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. 3.^a *Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde*. Cadernos RH Saúde, vol. 3, n. 1 (mar. 2006) – Brasília: 2006a. 188p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_rh.pdf Acesso em: 10 de maio de 2016.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006*. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília, 2006b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html. Acesso em: 25 maio de 2015.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007*. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Brasília, 2007. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria_1996-de_20_de_agostode-2007.pdf Acesso em: 06 março de 2015.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *13ª Conferência Nacional de Saúde- Saúde e Qualidade de vida: políticas de estado e desenvolvimento– Relatório Final*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, Serie C. Projetos, Programas e Relatórios, 2008, 246p. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/13cns_M.pdf. Acesso em: 10 de março de 2015.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Portaria GM nº 2.953, de 25 de novembro de 2009*. Define recursos financeiros do Ministério da Saúde para a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, e dá outras providências, Brasília, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Relatório final da 14ª Conferência Nacional de Saúde: todos usam o SUS, SUS na seguridade social, Política pública, patrimônio do povo brasileiro*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012a. 232p. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/img/14_cns%20relatorio_final.pdf. Acesso em: 10 de março de 2015.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012*. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 2012b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns>. Acesso em: 11 julho de 2015.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Portaria nº 278/GM/MS, 27 de fevereiro de 2014*. Institui diretrizes para implementação da Política de Educação Permanente em Saúde, no âmbito do Ministério da Saúde. Brasília, 2014a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0278_27_02_2014.html Acesso em: 20 outubro de 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. *Educação Permanente em Saúde: um movimento instituinte de novas práticas no Ministério da Saúde: Agenda 2014*. 1ª. ed., 1ª. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014b. 120p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/educacao_permanente_saude_movimento_instituinte.pdf. Acesso em: 20 de outubro de 2015.

BRAVERMAN, Harry. *Trabalho e capital monopolista: a degradação do trabalho no século XX*. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1987, 379p.

BRAVIN, F.P. *Política e ação pública: análise do política nacional de educação permanente em saúde*. 2008, 119f. Dissertação (Mestrado em Política Social) - Instituto de Ciências Humanas, Departamento de Serviço Social, Programa de Pós-Graduação em Política Social, Universidade de Brasília, Brasília, 2008.

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

CECCIM, R.B. Onde se lê “recursos humanos em saúde”, leia-se “coletivos organizados de produção em saúde: Desafios para a educação. In: PINHEIRO, R.; MATTOS R.A. (Orgs.). *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2005a. p.161-80.

CECCIM, R.B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface - Comunicação, Saúde e Educação*, v.9, n.16, p.161-77, set, 2004/fev, 2005b.ok

COSTA, A. L. N. M. R. *Educação permanente em saúde e suas relações com o processo de qualificação profissional: percepções e enfrentamentos dos técnicos de enfermagem no Hospital Universitário Pedro Ernesto*. 2014, 97f. Dissertação (Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde)– Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2014.

CRESWELL, J.W. *Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto*. Tradução Luciana de Oliveira da Rocha. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2007, 248 p.

CUNHA, A.Z.S., et al. Implicações da educação permanente no processo de trabalho em saúde. *Revista Espaço para a Saúde*, Londrina, vol. 15, nº 4, p.64-75, out/dez, 2014. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/espacoparasaude/article/view/19911> Acesso em: 10 de setembro de 2015.

DAUSSY, M. F. *Contribuições da Prática Reflexiva às estratégias de Educação Permanente em saúde nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família*. 2014. 140f. Dissertação (Mestrado em

Saúde Coletiva)- Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

DELORS, J. *et al. Educação um tesouro a descobrir* – Relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o Século XXI. Editora Cortez, 7ª edição, 1996. 288p. Disponível em: http://dhnet.org.br/dados/relatorios/a_pdf/r_unesco_educ_tesouro_descobrir.pdf. Acesso em 14 de março de 2017, às 14:00h.

DORIGON, T. C.; ROMANOWSKI, J. P. A reflexão em Dewey e Schön. *Revista Intersaberes*, Curitiba, ano 3, n.5, p.8-22, jan/jul 2008. Disponível em: <http://www.uninter.com/intersaberes/index.php/revista/article/view/123/96> Acesso em: 12 de dezembro de 2016.

FARIA, R.M.B. *Institucionalização da Política de educação permanente para o Sistema Único de Saúde: Brasil 1997-2006*. 2008. 223f. Tese (Doutorado em Ciências)- Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

FAURE, E. *et al. Aprender a ser: la educación del futuro*. Versión española de Carmen Peredes Castro. Alianza Editorial S. A. e Unesco, Madrid, 1973. Primeira e segunda edição. 417p. Disponível em: <http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001329/132984s.pdf>. Acesso em 15 de maio de 2016.

FERLA, A.A. *et al. Educação Permanente e regionalização do sistema estadual de saúde na Bahia: ensino-aprendizagem e política de saúde como composição de tempo*. *Revista Baiana de Saúde Pública*, vol. 33, nº 1, p.7-21, jan/mar, 2009. Disponível em: <http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/view/184>. Acesso em 20 de novembro de 2016.

FERNANDES, R. M. C. *Educação permanente: uma dimensão formativa no serviço social*. 2008. 199f. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Faculdade de Serviço Social, Programa de Pós- Graduação em Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS (FHEMIG). *Portaria Sugepe nº 1237 de 02 de julho de 1999*. Cria o Núcleo de Ensino e Pesquisa nas Unidades Assistenciais da FHEMIG. Belo Horizonte, 1999.

FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS (FHEMIG). *Portaria Presidencial nº 336, de 07 de agosto de 2006*. Altera a portaria presidencial nº 1237 de 02 de julho de 1999 e revoga a portaria presidencial nº 309 de 22 de maio de 2006, Belo Horizonte, 2006.

FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS (FHEMIG). *Sítio institucional* - refere-se à consulta feita no sítio institucional em 09 de maio de 2016 no link: <http://www.fhemig.mg.gov.br/pt/institucional/missao-e-valores>.

FLICK, U. *Qualidade na pesquisa qualitativa*. Tradução Roberto Cataldo Costa. Artmed, Porto Alegre, 2009, 193p.

FLORES, G.E. *A educação permanente e a aprendizagem significativa no contexto hospitalar: a perspectiva das enfermeiras educadoras*. 2011. 115f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

FLORES, G.E.; OLIVEIRA, D.L.L.; ZOCHE, D.A.A. Educação permanente no contexto hospitalar: a experiência que ressignifica o cuidado em enfermagem. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 14 n. 2, p. 487-504, maio/ago, 2016.

FRANÇA, M. P. A. *Formação integral de trabalhadores da saúde: reflexões sobre referências teóricas e perspectivas práticas*. 2012. 103f. Dissertação (Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde) – Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2012.

FREITAS, M.W. *O modo de pensar a EPS em uma região da cidade de São Paulo*. 2011. 86f. Dissertação (Mestrado em Ciências)- Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

FREIRE, P. *A pedagogia do oprimido*. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 2005, 213p.

FRIGOTTO, G. *A produtividade da escola improdutiva: um (re) exame das relações entre educação e estrutura econômico-social capitalista*. 8º Ed. São Paulo: Cortez, 2006.

GADOTTI, M. *A Educação Contra Educação*. 3ª Ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1984. 172p.

GELBCKE, F. L.; MATOS, E.; SALLUM, N. C. Desafios para a integração multiprofissional e interdisciplinar. *Tempus Actas de Saúde Coletiva*, v. 6, n. 4, p.31-39, dez, 2012. Disponível em: <http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1202>. Acesso em: 08 setembro de 2015.

GIGANTE, R.L.; CAMPOS, G.W.S. Política de formação e Educação Permanente em Saúde no Brasil: bases legais e referências teóricas. *Revista Trabalho Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 14 n. 3, p. 747-763, set./dez., 2016.

GHEDIN, E. Professor Reflexivo: da alienação da técnica à autonomia da crítica. p.129-150. In.: PIMENTA, S.G.; GHEDIN, E. (orgs). *Professor Reflexivo no Brasil: gênese e crítica de um conceito*. 5ª ed. – São Paulo: Cortez, 2008. 224p.

GONÇALVES, C. A. *Política Estadual de Educação Permanente*. In: XIV Encontro de Atenção Primária em Saúde, Outubro, 2013, Juiz de Fora. Disponível em: <http://www.ufjf.br/nates/files/2013/11/02-Pol%C3%ADtica-Estadual-de-Educa%C3%A7%C3%A3o-Permanente.pdf>. Acesso em 10 abril de 2016.

HADDAD Q. J.; ROSCHKE, M.A.C.; DAVINI, M.C. *Educación permanente de personal de salud*. Serie desarrollo de recursos humanos, 100. Organización Pan Americana de Saúde, 1994, 289p.

KUENZER, A. Z. Sob a reestruturação produtiva, enfermeiros, professores e montadores de automóveis se encontram no sofrimento do trabalho. *Revista Trabalho Educação e Saúde*, vol.2, n. 1, p. 108-121, Rio de Janeiro, mar. 2004. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462004000100007. Acesso em 10 de julho de 2015.

LEITE, M.T. S. *et al.* Perspectivas de educação permanente em saúde no norte de Minas Gerais. *Revista Mineira de Enfermagem*, vol. 16 n. 4, p.594-600, out./dez. 2012. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/566>. Acesso em: 28 de outubro de 2016.

LEMOS, C.L.S. 2010. *A concepção de Educação Permanente em Saúde da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde*. 158f. Tese (Doutorado em Ciências Humanas) - Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2010.

LEMOS, C.L.S. Educação Permanente em Saúde no Brasil: educação ou gerenciamento permanente? *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 21, n. 3, p. 913-922, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n3/1413-8123-csc-21-03-0913.pdf>. Acesso em 20 de setembro de 2016.

LIBÂNEO, J.C. Reflexividade e formação de professores: outra oscilação do pensamento pedagógico brasileiro? p.53-80. In.: PIMENTA, S.G.; GHEDIN, E. (orgs). *Professor Reflexivo no Brasil: gênese e crítica de um conceito*. 5ª ed. – São Paulo: Cortez, 2008, 224p.

MACHADO, L.R.S. *Educação e divisão social do trabalho: contribuição para o estudo do ensino técnico industrial brasileiro*. 2ª ed. São Paulo, Ed. Autores Associados: Cortez, 1989.

MAIA, L.G. *Atividades educativas na rede de saúde na perspectiva da política nacional de educação permanente*. 2014. 91f. Dissertação (Mestrado Profissional)- Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde. Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2014.

MATOS, E.; PIRES, D. Teorias administrativas e organização do trabalho- de Taylor aos dias atuais, influencias do setor saúde na enfermagem. *Revista Texto Contexto Enfermagem*, Florianópolis, vol. 15, nº3, p.508-14, Jul-Set. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000300017. Acesso em 06 de agosto de 2016.

MATOS, I. B.; TOASSI, R. F.C.; OLIVEIRA, M. C. Profissões e Ocupações de Saúde e o Processo de Feminização: Tendências e Implicações. *Athenea Digital*, vol. 13, n. 2, p.239-244, julho, 2013. Disponível em <http://psicologiasocial.uab.es/athenea/index.php/atheneaDigital/article/view/Matos>. Acesso em 10 de dezembro de 2016.

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

MARQUES, A.J.S. *et al.* Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. *O choque de gestão na saúde em Minas Gerais*. Belo Horizonte, 2009, 324p.

MARX, K. *O Capital*, Livro I, Seção III, capítulo V, p.149-151. In: Coleção Os Economistas, Nova Cultural, São Paulo, 1985.

MEIRA, M. M. *Diretrizes para a educação permanente no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)*. 2007, 158f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

MERHY, E.E.; FEUERWERKER, L.C.M.; CECCIM, R.B. Educación Permanente en Salud: una estrategia para intervenir en la. *Revista de Salud Colectiva*, Buenos Aires, vol. 2, n. 2, p. 147-160, Maio/Agosto, 2006. Disponível em: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652006000200004. Acesso em: 01 de setembro de 2015.

MESSIAS, M. *Construção coletiva dos programas educativos: potencialidade para a execução da educação permanente em saúde*. 2015. 267f. Tese (Doutorado em Ciências)-Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.

MINAS GERAIS. *Lei nº 7088, de 03 de outubro de 1977*. Autoriza o Poder Executivo a unificar as Fundações assistenciais e hospitalares que menciona, sob a denominação de Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais - FHEMIG, e dá outras providências. Belo Horizonte, 1977. Disponível em: http://www.almg.gov.br/consulte/legislacao/completa/completa.html?ano=1977&num=7088&tipo=LEI&aba=js_textoAtualizado. Acesso em 10 de junho de 2016.

MINAS GERAIS. *Decreto nº 44.205 de 12 de janeiro de 2006*. Institui a Política de Desenvolvimento dos Servidores Públicos Cíveis da Administração Pública Direta, Autárquica e Fundacional do Poder Executivo Estadual e dá outras providências. Belo Horizonte, 2006.

MINAS GERAIS. *Lei Delegada nº 163 de 25 de janeiro de 2007*. Altera a lei delegada nº 102, de 29 de janeiro de 2003, que dispõe sobre a estrutura orgânica básica da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG, Belo Horizonte, 2007.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Comissão Intergestores Bipartite. *Deliberação CIB-SUS/MG nº 419, de 21 de fevereiro de 2008*. Define as diretrizes para a implantação da Política Nacional de Educação Permanente em Minas Gerais e institui Comissão Técnica Microrregional de Formação e Educação Permanente. Belo Horizonte, 21 fevereiro de 2008. 09p.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Comissão Intergestores Bipartite. *Deliberação CIB-SUS/MG nº 575, de 16 de setembro de 2009*. Define as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Minas Gerais e institui as 75 (setenta e cinco) Comissões Técnicas Microrregionais de Educação Permanente, as 13 (treze) Comissões Permanentes de Integração Ensino Serviço Macrorregional - CIES Macrorregionais e 1 (uma) Comissão Permanente de Integração Ensino Serviço Estadual – CIES Estadual. Belo Horizonte, 16 setembro de 2009a. 07p.

MINAS GERAIS. *Decreto nº 45.128, de 02 de julho de 2009*. Dispõe sobre o estatuto da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2009b.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Conselho Estadual de Saúde. *Deliberação CESMG nº 2, de 1º de fevereiro de 2010*. Define as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Minas Gerais e institui as 76 (setenta e seis) Comissões Técnicas Microrregionais de Educação Permanente, as 13 (treze) Comissões

Permanentes de Integração Ensino Serviço Macrorregional - CIES Macrorregionais e 1 (uma) Comissão Permanente de Integração Ensino Serviço Estadual - CIES Estadual. Belo Horizonte, 01 fevereiro de 2010. 08p.

MINAS GERAIS. Sistema Estadual de Saúde de Minas Gerais. *Plano Estadual de Saúde 2012-2015*. Autêntica Editora, Belo Horizonte, 2012. 192p.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Comissão Intergestores Bipartite. *Deliberação CIB-SUS/MG Nº 1.521, de 22 de julho de 2013*. Define as normas para a implementação da Política Estadual de Educação Permanente em Saúde no Estado de Minas Gerais e institui as 77 (setenta e sete) Comissões Técnicas Regionais de Educação Permanente, as 13 (treze) Comissões Permanentes de Integração Ensino e Serviço das Regiões Ampliadas (CIES/RA) e a Comissão Permanente de Integração Ensino e Serviço Estadual (CIES Estadual). Belo Horizonte, 2013. 07p.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. *Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado 2016-2027*. Vol. 01, Desenvolvimento Econômico e Social Sustentável de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2016. 105p.

MINAYO, M.C.S; DESLANCHES, S. F; GOMES, R. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 25ª Ed. Petrópolis: VOZES, 2007, 108p.

MONTANHA, D.; PEDUZZI, M. Educação permanente em enfermagem: levantamento de necessidades e resultados esperados segundo a concepção dos trabalhadores. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, vol. 44, nº3, p.597-604, set. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000300007. Acesso em 14 de agosto de 2015.

MORAES, K.G. *Análise do processo de implementação da política de educação permanente em saúde do Distrito Federal*. 2012. 140f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Departamento de Enfermagem, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2012.

MOREIRA, M.A.; MASINI, E.F.S. *Aprendizagem significativa: a teoria de David Ausubel*. São Paulo, 1982. 109p.

MATERNIDADE ODETE VALADARES (MOV). Fundação Hospitalar de Minas Gerais. *Sítio institucional*. 2015. Disponível em: <http://www.fhemig.mg.gov.br/atendimento-hospitalar/complexo-de-especialidades/maternidade-odete-valadares> Acesso em 20 set. 2015.

NETO, E. R. Reordenamento do Sistema Nacional de Saúde. p.253-264. In.: BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Anais da VIII Conferência Nacional de Saúde*. Brasília, 1986a. 392p. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/8_CNS_Anais.pdf 2008. Acesso em: 19 nov. 2015.

NOVARETTI, M.C.Z. *et al*. Sobrecarga de trabalho da Enfermagem e incidentes e eventos adversos em pacientes internados em UTI. *Revista Brasileira de Enfermagem*, vol. 67, nº 5, p.692-9, set./out. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n5/0034-7167-reben-67-05-0692.pdf>. Acesso em 20 de dezembro de 2016.

OPAS. Organização Pan Americana de Saúde. *Apresentação da Revista Educacion Medica y Salud*, Vol. 27, nº 4, out/dez, 1993.

PEDUZZI, M. *et al.* Atividades educativas de trabalhadores na atenção primária: concepções de educação permanente e de educação continuada em saúde presentes no cotidiano de Unidades Básicas de Saúde em São Paulo. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v.13, n.30, p.121-34, jul./set. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832009000300011&script=sci_abstract&tlng=pt Acesso em: 01 de maio de 2016.

PERES, C.; SILVA, R.F.; BARBA, P.C.S.D. Desafios e potencialidades do processo de educação permanente em saúde. *Revista Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 14 n. 3, p. 783-801, set./dez. 2016.

PIMENTA, S.G. Professor reflexivo: construindo uma crítica. p.17-52. In.: PIMENTA, S.G.; GHEDIN, E. (orgs). *Professor Reflexivo no Brasil: gênese e crítica de um conceito*. 5ª ed. – São Paulo: Cortez, 2008, 224p.

RAMOS, M. N. Educação pelo Trabalho: possibilidades, limites e perspectivas da formação profissional. *Revista Saúde e Sociedade*, São Paulo, v.18, supl.2, junho, 2009a. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v18s2/08.pdf>. Acesso em 09 de agosto de 2016.

RAMOS, M. N. Concepções e práticas pedagógicas nas escolas técnicas do sistema único de saúde: fundamentos e contradições. *Revista Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 7, suplemento, p. 153-173, 2009b.

RAMOS. M. N. *Trabalho, educação e correntes pedagógicas no Brasil: um estudo a partir da formação dos trabalhadores técnicos da saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV, UFRJ, 2010. 289p.

RANGEL, A. G. C. *Educação permanente em saúde: implantação e implementação das práticas em uma organização hospitalar*. 2014. 111f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2014.

ROCHA, D. C. *A carta de Punta Del Este: as ideias positivistas nas reformas educacionais e no plano de segurança nacional orquestradas na década de 60*. 2º Seminário Nacional Estado e Políticas Sociais no Brasil, 13 a 15 de outubro de 2005, Unioeste, Cascavel. Disponível em: <http://cac-php.unioeste.br/projetos/gpps/midia/seminario2/trabalhos/educacao/medu01.pdf>. Acesso em 15 de maio de 2016.

ROSCHKE, M.A.C.; DAVINI, M.C.; HADDAD, J. Educación permanente y trabajo em salud: un proceso en construcción. *Revista Educacion Medica y Salud*, Vol. 27, nº 4, out/dez, 466-488, 1993.

ROVERE, M. R. Gestion de la education permanente: uma relectura desde uma perspectiva estratégica. *Revista Educacion Medica y Salud*, Vol. 27, nº 4, out/dez, 498-515, 1993.

ROVERE, M. R. Gestion estratégica de la educacion permanente en salud. p-63-106. In: HADDAD Q. J.; ROSCHKE, M.A.C.; DAVINI, M.C.(orgs) *Educación permanente de*

personal de salud. Serie desarrollo de recursos humanos, nº 100. Organización Pan Americana de Saúde, 1994, 247p.

SALUM, N.C. *A educação permanente e suas contribuições na constituição do profissional e nas transformações do cuidado de enfermagem*. 2006. 319f. Tese (Doutorado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

SANES, M. S. *Discursos Possíveis da Educação Permanente na Estratégia Saúde da Família*. 2010. 110f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, 2010.

SANTA'ANA, R. B. A implicação do pesquisador na pesquisa interacionista na escola. *Psicologia em Revista*, Belo Horizonte, v. 16, n. 2, p. 370-387, ago. 2010. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-11682010000200009. Acesso em: 19 de novembro de 2016.

SARRETA, F.O. Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS. São Paulo. Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009. 248p. Disponível em http://www.cairu.br/portal/arquivos/biblioteca/EBOOKS/SS/Ed_permanente_em_saude_trab_SUS.pdf. Acesso em 10 de abril de 2016.

SCHÖN, D.A. *Educando o profissional reflexivo: um novo desing para o ensino e a aprendizagem*. Tradução Roberto Cataldo Costa – Porto Alegre: Artmed, 2000. Reimpressão, 2008. 256p.

SERRÃO, M.I.B. Superando a racionalidade técnica na formação: sonho de uma noite de verão. p.151-162. In.: PIMENTA, S.G.; GHEDIN, E. (orgs). *Professor Reflexivo no Brasil: gênese e crítica de um conceito*. 5ª ed. – São Paulo: Cortez, 2008, 224p.

SILVA, M. V. C. P. *Plano Estadual de Saúde, 2008-2011*. Disponível em: <http://www.marcuspestanda.com.br/upload/publicacao/2650085f8580af7bde2f01da06010cea.pdf>. Acesso em 19/09/2015 às 16:15h.

SILVA, J. A. M. *Análises das atividades educativas de trabalhadores da saúde da atenção básica: concepções de educação no trabalho, levantamento de necessidades, público participante e resultados esperados*. 2009. 215f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

SILVA, L. A. A. *et al*. Avaliação da educação permanente no processo de trabalho em saúde. *Revista Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 14 n. 3, p. 765-781, set./dez. 2016.

SILVA, S. M. *Educação como formação humana a partir da lógica onímota do trabalho*. Anais - I Simpósio Nacional Educação, Marxismo e Socialismo, 2016. p. 1-15. Belo Horizonte. Disponível em: http://media.wix.com/ugd/8c63f4_1b3005f474e3456c85397a8d92853bd8.pdf. Acesso em 10 de dezembro de 2016.

SILVA-SÁ, J.R.; ALMEIDA, C.D.; GUINDANI, J.F. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. *Revista Brasileira de História e Ciências Sociais*, Ano 1, número 1, p.1-15,

julho, 2009. Disponível em: <https://www.rbhcs.com/rbhcs/article/view/6> Acesso em: 10 de julho de 2015.

SMAHA, I. N. *Educação permanente em saúde: caminho em construção na 20ª regional de saúde do Paraná*. 2011. 145f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social e Política Social)- Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Política Social, Centro de Ciências Sociais aplicadas, Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2011.

SOUZA, K. T. *Educação permanente na visão de servidores públicos de saúde de Goiânia*. 2013. 69f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2013.

TARDIF, M. *Saberes docentes e formação profissional*. 10ª ed.- Petrópolis, RJ: Vozes, 2010. 325p.

UNESCO. *L'Ecole et l'éducation permanente: quatre études*. Paris, 1972. 270p. Disponível em: <http://unesdoc.unesco.org/images/0012/001281/128169fo.pdf>. Acesso em 15 de maio de 2015.

ZANELLA, J. L. *O trabalho como um princípio educativo do ensino*. 2003. 311f. Tese (Doutorado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003.

ZEICHNER, K.M. *A formação reflexiva de professores: ideias e práticas*. Tradução A.J. Carmona Teixeira, Maria João Carvalho e Maria Nóvoa. Educa e autor. Lisboa, 1993, 131p.

ZINN, G.R. *Educação permanente em saúde: de diretriz política a uma prática possível*. 2015. 147f. Tese (Doutorado em enfermagem)- Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.

YAMAMOTO, T.S.; MACHADO, M.T.C.; SILVA JUNIOR, A.G. Educação permanente em saúde como prática avaliativa amistosa à integralidade em Teresópolis, Rio de Janeiro. *Revista Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 13 n. 3, p. 617-637, set./dez. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462015000300617. Acesso em: 07 de março de 2016.

YIN, R. K. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. Tradução: Cristhian Matheus Herrera. 5ª ed. Porto Alegre: Brokman, 2015, 290 p.

APÊNDICE A



Ministério da Educação
Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica
CENTRO FEDERAL DE EDUCAÇÃO TECNOLÓGICA DE MINAS GERAIS

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa, provisoriamente intitulada “*Educação Permanente em Saúde: um estudo de caso de uma maternidade pública mineira*”, em virtude de pertencer à equipe interdisciplinar de saúde da Maternidade Odete Valadares (MOV), sendo, portanto um dos participantes da minha pesquisa. Trata-se de uma pesquisa do Programa de Pós-Graduação em Educação Tecnológica, nível Mestrado, do Centro Federal de Educação Tecnológica de Minas Gerais. Tendo como pesquisadora principal Érika Marina Rabelo (MOV/CEFET-MG) e orientadora Profa. Dra. Sabina Maura Silva (CEFET-MG).

O Objetivo geral desta pesquisa é “compreender como são desenvolvidas as ações de Educação Permanente em Saúde (EPS) pelo Núcleo de Educação Permanente da MOV para a formação no trabalho da equipe interdisciplinar de saúde”. Caso você aceite o convite, sua participação na pesquisa consiste em responder um **questionário semi-estruturado**, contendo perguntas fechadas, e poucas perguntas abertas que será aplicado pela pesquisadora principal em horário e local a ser agendado de acordo com a sua disponibilidade e com duração aproximada de 15 minutos.

Os procedimentos aplicados por esta pesquisa não oferecem prejuízos, constrangimentos ou riscos a sua integridade moral, física, mental ou efeitos colaterais. As informações obtidas por meio da coleta de dados serão utilizadas para alcançar o objetivo acima proposto e você terá a garantia de receber esclarecimentos sobre qualquer dúvida relacionada à pesquisa e poderá ter acesso aos seus dados em qualquer etapa do estudo. Sua identidade será sempre resguardada garantindo o sigilo e o anonimato das informações. Para preservar sua identidade seu questionário será identificado apenas por um número de ordem da realização da atividade, seguida de letras pré-estabelecidas pela pesquisadora principal, para que a mesma possa

acompanhar a coleta de dados de todas as categorias profissionais que compõem a equipe interdisciplinar de saúde da MOV.

A sua participação não é obrigatória, sendo que, a qualquer momento da pesquisa, você poderá desistir e retirar o seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo para sua relação com a pesquisadora, com a MOV ou com o CEFET-MG. Caso tenha dúvidas sobre o comportamento da pesquisadora ou sobre as mudanças ocorridas na pesquisa que não constam no TCLE, e caso se considere prejudicado (a) na sua dignidade e autonomia, você pode entrar em contato com o (a) pesquisador (a), através dos telefones que estarão descritos abaixo, ou no Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Hospitalar de Minas Gerais. Esta pesquisa foi autorizada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FHEMIG com os números de pareceres 1.414.032 e 1.446.379.

Os benefícios relacionados à sua participação poderão contribuir para o melhor entendimento das ações de EPS que são desenvolvidas na MOV, a fim de proporcionar melhorias na atuação profissional, no cuidado ofertado às usuárias e satisfação com o desempenho do trabalho.

Suas informações relativas ao questionário serão transcritas e utilizadas para a elaboração do relatório da dissertação e/ou artigo científico, poderão ser ainda apresentados em seminários, congressos e similares, para proporcionar o desenvolvimento científico da área do saber que está em estudo. Como já dito, sua participação é voluntária, não havendo remuneração para tal, e ainda não haverá nenhum gasto financeiro de sua parte para a participação. Não está prevista indenização por sua participação.

Este termo de consentimento livre e esclarecido é feito em duas vias, sendo que uma delas ficará em seu poder e a outra de posse da pesquisadora principal. Dessa forma, se você concorda em participar da pesquisa como consta nas explicações e orientações acima, rubrique as folhas desse termo e assine seu nome no local indicado abaixo.

Desde já, agradecemos a sua colaboração.

CONSENTIMENTO DO PARTICIPANTE DA PESQUISA

Eu, _____, RG _____ CPF _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo como participante. Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pela pesquisadora sobre a pesquisa e os procedimentos nela envolvidos, bem como os benefícios decorrentes da minha participação. Foi me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento.

Local: _____ Data ____/____/____.

Nome do (a) participante: _____

Assinatura do participante de pesquisa: _____

Pesquisadora principal: Érika Marina Rabelo CPF: 067.498.996-17

Assinatura: _____

Informações:

*Comité de Ética em Pesquisa (CEP)-FHEMIG-

Alameda Álvaro Celso, 100, Santa. Efigênia, Belo Horizonte-MG.

Telefone: (31)3239-9552. e-mail: cep@fhemig.mg.gov.br

*Centro Federal de Educação Tecnológica de Minas Gerais (CEFET)/ Mestrado em Educação

Tecnológica - Coordenador: Prof. Dr. Irlen Antônio Gonçalves

Av. Amazonas, 7675 – Nova Gameleira- CEP: 30510-000

Belo Horizonte, MG, Brasil Tel.: (31) 3319-6806 – email: et@dppg.cefetmg.br

*Pesquisadora principal: Érika Marina Rabelo- Tel: (31) 99123-8291 – email:

erikamarinarabelo@yahoo.com.br

APÊNDICE B



Ministério da Educação
Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica
CENTRO FEDERAL DE EDUCAÇÃO TECNOLÓGICA DE MINAS GERAIS

Caro(a) trabalhador (a) da equipe interdisciplinar da saúde da Maternidade Odete Valadares,

Estamos realizando uma pesquisa cuja temática principal são as ações de Educação Permanente em Saúde desenvolvidas na Maternidade Odete Valadares (MOV). Gostaríamos de contar com a sua colaboração para responder a este questionário para compreendermos como se dão as atividades educativas para a formação em serviço do trabalhador da saúde na referida instituição.

As informações obtidas serão confidenciais, assegurando-lhe o sigilo sobre sua participação. As perguntas referem-se às ações educativas na MOV e não sobre o seu relacionamento com as chefias/coordenações.

Marque apenas uma alternativa em cada questão. A questão que puder responder mais de uma alternativa será sinalizada no cabeçalho da própria questão.

Data: ____/____/____ **ID (para a pesquisadora preencher):** _____

1) Você conhece a proposta do Ministério da Saúde, formalizada em 2004, sobre a adoção da Educação Permanente em Saúde?

- a) já conheço completamente;
- b) conheço parcialmente;
- c) já ouvi falar;
- d) desconheço completamente.

2) Para você o principal público alvo das ações de Educação Permanente em Saúde são:

- a) os usuários do serviço de saúde;
- b) uma categoria profissional específica;
- c) equipe interdisciplinar da saúde;
- d) a gestão dos serviços de saúde.

3) Para você o principal objetivo da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde instituída pela Portaria nº 198/2004, e reformulada pelas Portarias nº 1996/2007 e nº 278/2014 é:

- a) atualização técnico-científica dos trabalhadores da saúde;
- b) transformações das práticas de trabalho dos trabalhadores da saúde;
- c) orientar o usuário para o autocuidado;
- d) melhorar a saúde das populações.

4) Em sua opinião, como são definidos quais os trabalhadores que participam das atividades educativas na MOV:

- a) por discussão/demandas dos trabalhadores da equipe interdisciplinar da saúde;

- b) por demandas das chefias imediatas/coordenação do setor;
- c) por orientação do gestor local (NEP) da Educação Permanente em Saúde;
- d) por orientação do gestor central (FHEMIG Central) da Educação Permanente em Saúde.

5) Em sua opinião, **a maioria das atividades educativas** desenvolvidas na MOV se destinam a:

- a) trabalhadores de categorias profissionais específicas;
- b) trabalhadores da equipe interdisciplinar em saúde;
- c) residentes de medicina;
- d) acadêmicos de diversas áreas da saúde;

6) Em sua opinião, as atividades educativas que você já participou na MOV correspondem **prioritariamente** a quais necessidades do próprio serviço: (Lembre-se dos temas e conteúdos das atividades que já participou para responder essa questão).

- a) necessidades pontuais/técnicas dos setores;
- b) aprimoramento profissional de determinada categoria profissional;
- c) necessidades dos trabalhadores da equipe interdisciplinar de saúde inseridos nas práticas de saúde;
- d) necessidades das chefias em cumprir metas para o acordo de resultados;
- e) necessidades de melhora do cuidado ao processo de saúde/doença dos usuários do serviço.

7) Em sua opinião, atualmente **quem planeja/determina as ações de formação em serviço** na MOV:

- a) equipe interdisciplinar da saúde;
- b) chefias imediatas/coordenação do setor;
- c) gestor local (NEP) da Educação Permanente em Saúde;
- d) gestor central (FHEMIG Central) da Educação Permanente em Saúde;
- e) outros. Especifique: _____

8) De forma geral, para você como é realizada a distribuição para equipe de saúde participar das atividades educativas na MOV:

- a) critérios de participação - obrigatórios ou não;
- b) horários compatíveis com o horário de trabalho;
- c) distribuição de número determinado de vagas por setor;
- d) sorteio e disponibilidade do setor de enviar os trabalhadores;
- e) demandas dos próprios trabalhadores a partir de reflexão sobre suas práticas profissionais.

9) Qual(is) a(s) dificuldade(s) encontrada(s) para você participar das atividades de Educação Permanente em Saúde na MOV: **(você poderá marcar mais de uma resposta)**.

- a) sobrecarga de trabalho impossibilitando a participação;
- b) divulgação ineficiente do horário das atividades;
- c) divulgação ineficiente do propósito e importância das atividades de educação permanente;
- d) não sou liberado pelo supervisor/coordenação no momento em que são realizadas;
- e) não sou convidado para participar das atividades;
- f) não considero estas atividades importantes para minhas práticas profissionais;
- g) a metodologia adotada para as atividades de educação permanente é inadequada;
- h) desconheço estas atividades e não me interesse em conhecer;
- i) outras. Especifique _____

10) Em sua opinião, atualmente as atividades educativas desenvolvidas na MOV são realizadas por meio de:

- a) um processo educativo que está centrado em alguém que sabe e ensina a alguém que não sabe. A lógica é a da transmissão do conhecimento. A expectativa é que o outro mude seu comportamento em função do que lhe foi repassado;
- b) resolução de problemas concretos, em um processo de discussão dentro da equipe interdisciplinar da saúde. Utiliza o diálogo, a interação e oficinas de trabalho por meio de reflexão das práticas profissionais reais e de demandas reais;
- c) a resolução de problemas concretos, em um processo de discussão utilizando o diálogo apenas durante as atividades educativas;
- d) não consigo avaliar, pois não participo das atividades educativas na MOV.

11) Em uma escala de 1 a 5 como você avalia os impactos das atividades de Educação Permanente em Saúde que você tem participado na MOV, a fim de acarretar mudanças/melhora nos seus processos de trabalho: Circule o número indicado.

1-----2-----3-----4-----5
 ruim regular bom ótimo excelente

12) Considerando as atividades educativas que você tem participado na MOV, posicione-se a respeito da afirmação a seguir: “As ações de Educação Permanente em Saúde que já participei na MOV contribuíram significativamente para transformar o meu processo de trabalho em saúde”.

- a) concordo;
- b) concordo parcialmente;
- c) discordo;
- d) discordo parcialmente.

13) Em sua opinião, de que maneira as demandas de formação em serviço deveriam ser identificadas na MOV:

- a) a partir das necessidades pontuais/técnicas dos setores;
- b) a fim de fornecer aprimoramento profissional de determinada categoria profissional;
- c) a partir das necessidades dos trabalhadores da equipe interdisciplinar de saúde inseridos nas práticas de saúde;
- d) a partir das necessidades das chefias em cumprir metas para o acordo de resultados;
- e) a partir das necessidades de melhora da assistência aos usuários do serviço.

14) O que você propõe para a equipe do Núcleo de Educação Permanente em Saúde da MOV como alternativa para a participação da equipe interdisciplinar nas atividades educativas na MOV: **(você pode assinalar mais de uma resposta).**

- a) participação da equipe interdisciplinar no planejamento das ações de educação permanente;
- b) divulgação mais eficiente das atividades;
- c) identificação de horários mais adequados para a realização das atividades;
- d) que os temas abordados sejam identificados pelos trabalhadores da saúde, conforme as necessidades de cada setor;
- e) maior entrosamento entre os trabalhadores de saúde e a equipe gestora do hospital no planejamento e tomada de decisões;
- f) liberação pelo supervisor/coordenação para participar das atividades;
- g) melhor distribuição das tarefas nos setores, possibilitando a participação de todos os profissionais nas atividades de educação permanente;

h) outros. Especifique. _____

15) Você se sente integrado e participante na elaboração e levantamento de demandas das atividades educativas para a formação em serviço desenvolvidas na MOV?

a) Sim, por quê? _____

b) Não, por quê? _____

c) Às vezes, por quê? _____

16) Você gostaria de participar dos planejamentos das atividades educativas propostas para a equipe interdisciplinar de saúde da MOV?

a) Sim, como? _____

b) Não, por quê? _____

17) Você sabia que no primeiro trimestre de 2016 aconteceram as seguintes atividades educativas para os trabalhadores da saúde da MOV:

- Conferência sobre a infecção pelo Zika Vírus;
- Humanização na Unidade Neonatal;
- Protocolo de cirurgia segura;
- Protocolo de antibiótico- medidas de controle de infecção;
- Auxiliar de reanimação neonatal; e dentre muitas outras atividades educativas.

Desse modo, desejamos saber se você acredita que atividades educativas como as citadas acima são importantes para a transformação das práticas profissionais para os trabalhadores da equipe interdisciplinar em saúde inserida na MOV e refletem as demandas educativas destes profissionais? Justifique sua resposta.

18) Você acredita que conseguiu transformar/melhorar a sua prática profissional com as ações de Educação Permanente em Saúde que já participou na MOV? Justifique a resposta.

19) Cite as atividades educativas que você tem interesse ou necessidade de participar na MOV. Coloque suas sugestões.

20) Concluindo, gostaríamos de fazer algumas perguntas que permitam melhor caracterizar o grupo de trabalhadores com as quais questionamos nesta pesquisa.

Nome completo: _____

Idade: _____ Sexo: _____

Formação acadêmica: _____

Cargo que exerce na FHEMIG/MOV: _____

Tempo de formado (para o cargo que exerce): () menos de 1 ano; () entre 1 e 4 anos; () entre 5 e 9 anos; () entre 10 e 19 anos; () acima de 20 anos.

Muito obrigada pela contribuição, pelo tempo dispendido e atenção em colaborar com a construção da ciência!

Érika Marina Rabelo
Pesquisadora principal
Prof. Dra. Sabina Maura Silva
Orientadora

APÊNDICE C



Ministério da Educação
Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica
CENTRO FEDERAL DE EDUCAÇÃO TECNOLÓGICA DE MINAS GERAIS

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário (a), em uma pesquisa, provisoriamente intitulada “*Educação Permanente em Saúde: um estudo de caso de uma maternidade pública mineira*”, em virtude de ser considerado (a) um (a) informante chave para a aquisição de dados complementares à pesquisa supracitada a fim de se obter melhor compreensão do contexto estudado. Trata-se de uma pesquisa do Programa de Pós-Graduação em Educação Tecnológica, nível Mestrado, do Centro Federal de Educação Tecnológica de Minas Gerais. Tendo como pesquisadora principal Érika Marina Rabelo (MOV/CEFET-MG) e orientadora Profa. Dra. Sabina Maura Silva (CEFET-MG).

O Objetivo geral desta pesquisa é “compreender como são desenvolvidas as ações de Educação Permanente em Saúde (EPS) pelo Núcleo de Educação Permanente da MOV para a formação no trabalho da equipe interdisciplinar de saúde”. Caso você aceite o convite, sua participação na pesquisa consiste em participar de uma entrevista semiestruturada, que será gravada em áudio e posteriormente transcrita na íntegra. A entrevista se dará em horário e local a ser agendado de acordo com a sua disponibilidade e com duração necessária para o diálogo.

Os procedimentos aplicados por esta pesquisa não oferecem prejuízos, constrangimentos ou riscos a sua integridade moral, física, mental ou efeitos colaterais. As informações obtidas por meio da coleta de dados serão utilizadas para alcançar o objetivo acima proposto e você terá a garantia de receber esclarecimentos sobre qualquer dúvida relacionada à pesquisa e poderá ter acesso aos seus dados em qualquer etapa do estudo. Sua identidade será sempre resguardada garantindo o sigilo e o anonimato das informações. Para preservar sua identidade sua entrevista será identificada apenas por um número de ordem da realização da atividade, seguida de letras pré-estabelecidas pela pesquisadora principal.

A sua participação não é obrigatória, sendo que, a qualquer momento da pesquisa, você poderá desistir e retirar o seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo para sua relação com a pesquisadora, com FHEMIG, com a MOV ou com o CEFET-MG. Caso tenha dúvidas sobre o comportamento da pesquisadora ou sobre as mudanças ocorridas na pesquisa que não constam no TCLE, e caso se considere prejudicado (a) na sua dignidade e autonomia, você pode entrar em contato com o (a) pesquisador (a), através dos telefones que estarão descritos abaixo, ou no Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Hospitalar de Minas Gerais. Esta pesquisa foi autorizada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FHEMIG com o número de parecer 1.628.872.

Os benefícios relacionados à sua participação poderão contribuir para o melhor entendimento das ações de EPS que são desenvolvidas na MOV, a fim de proporcionar melhorias na atuação profissional, no cuidado ofertado às usuárias e satisfação com o desempenho do trabalho.

Suas informações relativas à entrevista serão transcritas e utilizadas para a elaboração do relatório da dissertação e/ou artigo científico, poderão ser ainda apresentados em seminários, congressos e similares, para proporcionar o desenvolvimento científico da área do saber que está em estudo. Como já dito, sua participação é voluntária, não havendo remuneração para tal, e ainda não haverá nenhum gasto financeiro de sua parte para a participação. Não está prevista indenização por sua participação.

Este termo de consentimento livre e esclarecido é feito em duas vias, sendo que uma delas ficará em seu poder e a outra de posse da pesquisadora principal. Dessa forma, se você concorda em participar da pesquisa como consta nas explicações e orientações acima, rubrique as folhas desse termo e assine seu nome no local indicado abaixo.

Desde já, agradecemos a sua colaboração.

CONSENTIMENTO DO PARTICIPANTE DA PESQUISA

Eu, _____, RG _____ CPF _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo como participante. Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pela pesquisadora sobre a pesquisa e os procedimentos nela envolvidos, bem como os benefícios decorrentes da minha participação. Foi me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento.

Local: _____ Data ____/____/____.

Nome do (a) participante: _____

Assinatura do participante de pesquisa: _____

Pesquisadora principal: Érika Marina Rabelo CPF: 067.498.996-17

Assinatura: _____

Informações:

*Comité de Ética em Pesquisa (CEP)-FHEMIG-

Alameda Álvaro Celso, 100, Santa. Efigênia, Belo Horizonte-MG.

Telefone: (31)3239-9552. e-mail: cep@fhemig.mg.gov.br

*Centro Federal de Educação Tecnológica de Minas Gerais (CEFET)/ Mestrado em Educação

Tecnológica - Coordenador: Prof. Dr. Irlen Antônio Gonçalves

Av. Amazonas, 7675 – Nova Gameleira- CEP: 30510-000

Belo Horizonte, MG, Brasil Tel.: (31) 3319-6806 – email: et@dppg.cefetmg.br

*Pesquisadora principal: Érika Marina Rabelo- Tel: (31) 99123-8291 – email:

erikamarinarabelo@yahoo.com.br

APENDICE D

Ministério da Educação
Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica
CENTRO FEDERAL DE EDUCAÇÃO TECNOLÓGICA DE MINAS GERAIS

Caro(a) informante chave da Maternidade Odete Valadares/Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais,

Estamos realizando uma pesquisa cuja temática principal são as ações de Educação Permanente em Saúde desenvolvidas na Maternidade Odete Valadares e gostaríamos de contar com a sua colaboração para participar de uma entrevista individual para melhor compreendermos como se dão as atividades educativas para a formação do trabalhador na referida instituição. As informações obtidas serão confidenciais, assegurando-se o sigilo sobre sua participação.

Data: ____/____/____ **ID (para a pesquisadora preencher):** _____

- 1) Você sabe o que a Educação Permanente em Saúde?
- 2) Para você há diferenças entre a Educação Permanente em Saúde (EPS) e a Educação Continuada (EC)?
- 3) O que você sabe sobre a proposta da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS)?
- 4) O que você sabe sobre o Pades (Plano Anual de desenvolvimento do Servidor)? Qual sua participação na elaboração do mesmo?
- 5) Em seu ponto de vista, como devem ser desenvolvidas/ofertadas as ações de EPS na MOV/FHEMIG?
- 6) Em sua opinião, como e por quem são definidos os trabalhadores que participam das atividades educativas na MOV?
- 7) Em sua opinião, a maioria das atividades educativas desenvolvidas pelo Núcleo de Educação Permanente/MOV (e das unidades assistenciais) se destina a qual público?
- 8) Como você descreve a participação no planejamento das atividades educativas (e unidades assistenciais da FHEMIG) pelos trabalhadores da saúde?
- 9) Em sua opinião há integração das demandas da equipe interdisciplinar nas ações educativas e de formação em serviço desenvolvidas pelos NEP/MOV e FHEMIG central?

10) Quais os principais entraves para o desenvolvimento de ações de EPS na MOV/FHEMIG?

Obs.: podem surgir durante o diálogo questões secundárias às questões apresentadas acima, porém mantendo a linha de raciocínio apresentada.

Concluindo, gostaríamos de fazer algumas perguntas que permitam melhor caracterizar o grupo de pessoas com as quais falamos nesta pesquisa.

Nome completo: _____

Idade: _____ Sexo: _____

Formação acadêmica: _____

Tempo de formado: () menos de 1 ano; () entre 1 e 4 anos; () entre 5 e 9 anos;
() entre 10 e 19 anos; () acima de 20 anos.

Muito obrigada pela contribuição, pelo tempo dispendido e atenção em colaborar com a construção da ciência!

Érika Marina Rabelo

Pesquisadora principal

Prof. Dra. Sabina Maura Silva

Orientadora

ANEXO A (APROVAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA Nº 1)



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Educação Permanente em Saúde: um estudo de caso de uma maternidade pública mineira

Pesquisador: Érika Marina Rabelo

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 53237616.0.0000.5119

Instituição Proponente: FUNDACAO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.414.032

Apresentação do Projeto:

Projeto devidamente encaminhado, contando com introdução e justificativa consistentes e bem referenciados. Será realizado um estudo de caso único para compreender como são desenvolvidas as ações de Educação Permanente em Saúde (EPS) pelo Núcleo de Educação Permanente (NEP) da Maternidade Odete Valadares (MOV) para a formação no trabalho da equipe interdisciplinar de saúde. A unidade de análise compõe-se pelos trabalhadores da equipe interdisciplinar de saúde, que trabalham na assistência direta ao usuário do Sistema Único de Saúde. Quanto à coleta de dados, serão empregados dois métodos de levantamentos dos dados: 1) pesquisa documental, por meio de busca dos documentos normativos da FHEMIG e do NEP/MOV, e com pesquisa no arquivo do NEP/MOV, para identificar quais e quantas ações de EPS foram oferecidas em um período determinado (retrospecção); 2) questionários semiestruturados, que serão aplicados à equipe interdisciplinar de saúde da MOV para extrair aspectos sobre as atividades formativas que foram desenvolvidas na retrospecção escolhida, visando apreender como tais trabalhadores avaliam as ações de educação permanente do NEP/MOV, e a maneira que as mesmas foram desenvolvidas. A coleta de dados, na fase de aplicação de questionários, encerrar-se-á quando da saturação dos dados e redundância das informações coletadas.



FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO
ESTADO DE MINAS GERAIS -
FHEMIG



Continuação do Parecer: 1.414.032

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

-Compreender como são desenvolvidas as ações de Educação Permanente em Saúde (EPS) pelo Núcleo de Educação Permanente (NEP) da Maternidade Odete Valadares (MOV) para a formação no trabalho da equipe interdisciplinar de saúde.

Objetivo Secundário:

-Analisar os documentos normativos que fundamentam as ações de EPS da FHEMIG (nível central) e do NEP/MOV.

- Identificar e analisar as ações de formação do trabalhador da saúde desenvolvidas pelo NEP/MOV.

- Identificar as demandas de formação dos trabalhadores da saúde (equipe interdisciplinar) da MOV.

- Analisar as demandas de formação dos trabalhadores da equipe interdisciplinar de saúde em relação às ações desenvolvidas pelo NEP/MOV.

- Analisar e interpretar como os trabalhadores apreendem e avaliam as ações de formação recebidas na MOV.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

-RISCOS: o estudo apresenta baixos riscos, pois se baseia em entrevistas e preenchimento de questionários, sem intervenção clínica.

-BENEFÍCIOS: não há benefícios diretos para os participantes, mas há para a comunidade científica em geral e para a FHEMIG.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

-Projeto: Relevante, pertinente e de valor científico;

-Metodologia: Adequada para se alcançar o objetivo proposto;

-Currículos: Com competência reconhecida para a condução do estudo;

-Cronograma: Adequado;

-Aspectos Éticos: O projeto necessita de adequações do TCLE para o pleno cumprimento da Res. 466/2012 do CNS-MS.

Continuação do Parecer: 1.414.032

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- Projeto: devidamente descrito;
- FR: devidamente preenchida e assinada;
- Parecer GEP: aprovado.
- TCLE: necessita de adequações como descrito abaixo.

Recomendações:

- O pesquisador tem 60 dias para solucionar as pendências solicitadas e reencaminhar via Plataforma Brasil.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

LISTA DE PENDÊNCIAS: A) Incluir no TCLE o contato do CEP-FHEMIG: Alameda Álvaro Celso, 100, Sta. Efigênia, BH-MG. Telefone: (31)3239-9552. e-mail: cep@fhemig.mg.gov.br

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	Pgep072016.doc	16/02/2016 13:40:54	Jacqueline Soares Pereira	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_626906.pdf	13/02/2016 11:25:01		Aceito
Outros	QUESTIONARIO_EPS_pronto.doc	13/02/2016 11:23:49	Érika Marina Rabelo	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Erika_Marina_Rabelo.doc	13/02/2016 11:21:13	Érika Marina Rabelo	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto_plataforma_brasil.pdf	13/02/2016 11:18:06	Érika Marina Rabelo	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Erika_Rabelo.doc	14/11/2015 15:08:38	Érika Marina Rabelo	Aceito



FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO
ESTADO DE MINAS GERAIS -
FHEMIG



Continuação do Parecer: 1.414.032

Situação do Parecer:

Pendente

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELO HORIZONTE, 18 de Fevereiro de 2016

**Assinado por: Vanderson
Assis Romualdo
(Coordenador)**

ANEXO 2 (APROVAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA Nº 2)



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Educação Permanente em Saúde: um estudo de caso de uma maternidade pública mineira

Pesquisador: Érika Marina Rabelo

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 53237616.0.0000.5119

Instituição Proponente: FUNDACAO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS **Patrocinador**

Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.446.379

Apresentação do Projeto:

PENDÊNCIA:

-Estudo reencaminhado ao CEP para a solução da seguinte Pendência: A) Incluir no TCLE o contato do CEP-FHEMIG: Alameda Álvaro Celso, 100, Sta. Efigênia, BH-MG. Telefone: (31)3239-9552.

Será realizado um estudo de caso único para compreender como são desenvolvidas as ações de Educação Permanente em Saúde (EPS) pelo Núcleo de Educação Permanente (NEP) da Maternidade Odete Valadares (MOV) para a formação no trabalho da equipe interdisciplinar de saúde. A unidade de análise compõe-se pelos trabalhadores da equipe interdisciplinar de saúde, que trabalham na assistência direta ao usuário do Sistema Único de Saúde.

Quanto à coleta de dados, serão empregados dois métodos de levantamentos dos dados: 1) pesquisa documental, por meio de busca dos documentos normativos da FHEMIG e do NEP/MOV, e com pesquisa no arquivo do NEP/MOV, para identificar quais e quantas ações de EPS foram oferecidas em um período determinado (retrospecção); 2) questionários semiestruturados, que serão aplicados à equipe interdisciplinar de saúde da MOV para extrair aspectos sobre as

atividades formativas que foram desenvolvidas na retrospecção escolhida, visando apreender como tais trabalhadores avaliam as ações de educação permanente do NEP/MOV, e a maneira que as mesmas foram desenvolvidas. A coleta de dados, na fase de aplicação de questionários, encerrar-se-á quando da saturação dos dados e redundância das informações coletadas.



FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO
ESTADO DE MINAS GERAIS -
FHEMIG



Continuação do Parecer: 1.446.379

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

-Compreender como são desenvolvidas as ações de Educação Permanente em Saúde (EPS) pelo Núcleo de Educação Permanente (NEP) da Maternidade Odete Valadares (MOV) para a formação no trabalho da equipe interdisciplinar de saúde.

Objetivo Secundário:

- Analisar os documentos normativos que fundamentam as ações de EPS da FHEMIG (nível central) e do NEP/MOV.
- Identificar e analisar as ações de formação do trabalhador da saúde desenvolvidas pelo NEP/MOV.
- Identificar as demandas de formação dos trabalhadores da saúde (equipe interdisciplinar) da MOV.
- Analisar as demandas de formação dos trabalhadores da equipe interdisciplinar de saúde em relação às ações desenvolvidas pelo NEP/MOV.
- Analisar e interpretar como os trabalhadores apreendem e avaliam as ações de formação recebidas na MOV.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

- RISCOS: o estudo apresenta baixos riscos, pois se baseia em entrevistas e preenchimento de questionários, sem intervenção clínica.
- BENEFÍCIOS: não há benefícios diretos para os participantes, mas há para a comunidade científica em geral e para a FHEMIG.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

- Projeto: Relevante, pertinente e de valor científico;
- Metodologia: Adequada para se alcançar o objetivo proposto;
- Currículos: Com competência reconhecida para a condução do estudo;
- Cronograma: Adequado;
- Aspectos Éticos: O projeto cumpre a Res.466/2012 do CNS-MS.

Continuação do Parecer: 1.446.379

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- Projeto: devidamente descrito;
- TCLE: adequado para o perfil da amostra;
- FR: devidamente preenchida e assinada;
- Parecer GEP: aprovado.

Recomendações:

- Enviar semestralmente ao CEP-FHEMIG os relatórios parciais e/ou final da pesquisa via Plataforma Brasil.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

SOLUÇÃO DE PENDÊNCIAS: A) Foi encaminhado novo TCLE contemplando todas as exigências da Res.466/2012.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_626906.pdf	10/03/2016 10:54:44		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Erika_Rabelo.doc	10/03/2016 10:54:21	Érika Marina Rabelo	Aceito
Outros	Pgep072016.doc	16/02/2016 13:40:54	Jacqueline Soares Pereira	Aceito
Outros	QUESTIONARIO_EPS_pronto.doc	13/02/2016 11:23:49	Érika Marina Rabelo	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Erika_Marina_Rabelo.doc	13/02/2016 11:21:13	Érika Marina Rabelo	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto_plataforma_brasil.pdf	13/02/2016 11:18:06	Érika Marina Rabelo	Aceito



FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO
ESTADO DE MINAS GERAIS -
FHEMIG



Continuação do Parecer: 1.446.379

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELO HORIZONTE, 10 de Março de 2016

**Assinado por: Vanderson
Assis Romualdo
(Coordenador)**

ANEXO C (APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA Nº3)

FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO
ESTADO DE MINAS GERAIS -
FHEMIG

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DA EMENDA**

Título da Pesquisa: Educação Permanente em Saúde: um estudo de caso de uma maternidade pública mineira

Pesquisador: Érika Marina Rabelo

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 53237616.0.0000.5119

Instituição Proponente: FUNDACAO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.628.872

Apresentação do Projeto:

Estudo já apreciado e aprovado por este CEP, sendo que nesta notificação os autores solicitam EMENDA para inclusão de entrevista com alguns informantes chaves, como a coordenadora do NEP/MOV, a enfermeira do setor e a coordenadora do CEDEP.

Objetivo da Pesquisa:

-Compreender como são desenvolvidas as ações de Educação Permanente em Saúde (EPS) pelo Núcleo de Educação Permanente (NEP) da Maternidade Odete Valadares (MOV) para a formação no trabalho da equipe interdisciplinar de saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCOS: Não há geração de novos riscos, pois a metodologia não será alterada.

BENEFÍCIOS: Melhora da abrangência estatística e poder de conclusão do estudo.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Emenda devidamente solicitada e justificada.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados todos os termos necessários.

Endereço: Alameda Vereador Álvaro Celso, 100 **Bairro:** Bairro Santa Efigênia **CEP:** 30.150-260 **UF:** MG **Município:** BELO HORIZONTE **Telefone:** (31)3239-9552 **Fax:** (31)3239-9552 **E-mail:** cep@fhemig.mg.gov.br



FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS - FHEMIG



Continuação do Parecer: 1.628.872

Recomendações:

-Enviar semestralmente ao CEP-FHEMIG os relatórios parciais e/ou final da pesquisa via Plataforma Brasil.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Emenda autorizada.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_678093_E1.pdf	24/06/2016 10:43:13		Aceito
Outros	questoes_para_os_informantes_chave.doc	24/06/2016 10:39:19	Érika Marina Rabelo	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Erika_Rabelo_para_a_equipe_interdisciplinar.doc	24/06/2016 10:34:44	Érika Marina Rabelo	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Erika_Rabelo_para_informantes_chave.doc	24/06/2016 10:33:55	Érika Marina Rabelo	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Erika_Rabelo.doc	10/03/2016 10:54:21	Érika Marina Rabelo	Aceito
Outros	Pgep072016.doc	16/02/2016 13:40:54	Jacqueline Soares Pereira	Aceito
Outros	QUESTIONARIO_EPS_pronto.doc	13/02/2016 11:23:49	Érika Marina Rabelo	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Erika_Marina_Rabelo.doc	13/02/2016 11:21:13	Érika Marina Rabelo	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto_plataforma_brasil.pdf	13/02/2016 11:18:06	Érika Marina Rabelo	Aceito

Endereço: Alameda Vereador Álvaro Celso, 100 **Bairro:** Bairro Santa Efigênia **CEP:** 30.150-260 **UF:** MG **Município:** BELO HORIZONTE **Telefone:** (31)3239-9552 **Fax:** (31)3239-9552 **E-mail:** cep@fhemig.mg.gov.br



FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO
ESTADO DE MINAS GERAIS -
FHEMIG



Continuação do Parecer: 1.628.872

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELO HORIZONTE, 08 de Julho de 2016

**Assinado por: Vanderson
Assis Romualdo
(Coordenador)**

ANEXO D (3º EIXO DO PACTO DE GESTÃO PARTICIPATIVA DA MOV)

3º EIXO - FORMAÇÃO PROFISSIONAL, PESQUISA E EDUCAÇÃO PERMANENTE			
Diretriz Geral	Estabelecer parceria ativa com a ESP para definir uma política de educação permanente nas áreas de gestão e atenção à saúde		
Diretriz Unidade	Implantar a política de educação permanente institucional		
Problemas/Desafios/Dificuldades	Oferecer oportunidades de qualificação aos servidores Orçamento escasso para compra de cursos Necessidade de aproveitar melhor o potencial dos servidores da instituição para desenvolvimento de ações educativas Orçamento escasso para pagamento de diárias e passagens para servidores das unidades do interior Dificuldade para conseguir espaços adequados para realização das ações educativas		
Objetivo	Capacitar no mínimo 40% dos servidores da FHEMIG em cada trimestre com no mínimo 1 hora de capacitação e frequência mínima de 75% e avaliação da eficácia de 100% das ações internas a partir do 2º trimestre de 2016.		
Meta	4º Trim./2015: Capacitar 40% dos servidores com no mínimo 1 hora e frequência mínima de 75% 1º Trim./2016: Capacitar 40% dos servidores com no mínimo 1 hora e frequência mínima de 75% 2º Trim./2016: Capacitar 40% dos servidores com no mínimo 1 hora e frequência mínima de 75%. Avaliação de eficácia de 100% das ações educativas internas realizadas.		
Indicador	Taxa de qualificação e desenvolvimento do servidor com avaliação de eficácia		
Metodologia de medição	QUALIFICAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DO SERVIDOR: O servidor ao realizar 1 hora de capacitação será contabilizado para fins do Pacto de Gestão Participativa. O servidor poderá ser contabilizado em mais de um trimestre, caso venha a participar de outras capacitações. Ou seja, o resultado do indicador não é cumulativo, podendo a mesma pessoa contar em mais de um trimestre do ano. AVALIAÇÃO DE EFICÁCIA INTERNA: a avaliação de eficácia deve ser feita pelo setor (coordenador) responsável pela ação educativa em formulário apropriado e contando com o apoio da CEDEP/NEP que deverão solicitar que os setores façam a avaliação. Para efeito de contabilização da avaliação da eficácia da ação educativa, a avaliação será considerada no mês em que for realizada e enviada a CEDEP. Devem ser avaliadas apenas as ações internas, ou seja, aquelas planejadas e realizadas pela unidade. Mesmo que haja participantes de outras unidades, a avaliação deve ser realizada pela unidade que planejou e organizou a capacitação e não pelas demais. Todas as avaliações deverão ser enviadas a CEDEP. No trimestre devem ser avaliadas todas as ações com a avaliação programada para o período, independente de terem sido realizadas ou não no trimestre. O CEDEP fará uma avaliação da(s) ações educativa(s) que poderão ser contabilizados neste indicador. As ações educativas devem agregar conhecimento ou informações relacionadas às atividades desempenhadas pelo servidor na FHEMIG. No planejamento de cada ação educativa, deverá ser estabelecida previamente a metodologia que será utilizada, bem como o prazo após o qual será feita a avaliação. Devendo preferencialmente ser utilizada uma utilizada uma das metodologias abaixo: () Indicador: Situação atual do indicador: Meta do indicador Resultado que se pretende alcançar no indicador Prazo de avaliação do indicador () Processo supervisionado Descreva o processo supervisionado Resultado que se pretende alcançar Prazo de avaliação: () Pré e Pós-Teste. Ação educativa não submetida a indicador ou processo supervisionado. 4º trimestre de 2015 e 1º trimestre de 2016 – Metodologia: Número de servidores capacitados com carga horária igual ou superior a 1 hora no período / N° total de servidores x 100 2º trimestre de 2016 – Metodologia: (0,5A + 0,5B) onde A = Número de servidores capacitados com carga horária igual ou superior a 1 hora no período / N° total de servidores x 100 B= Número de ações educativas com avaliação de eficácia realizada e enviada a CEDEP / Número total de ações educativas programadas para serem avaliadas no período x 100		
Este indicador compõe a GIEFS: SIM			
Plano de Ação			
Ações	Prazo	Responsável	
Realizar o treinamento da CEDEP em avaliação de eficácia junto ao HRAD e HRJP.	4º trimestre de 2015	CEDEP	
Treinamento dos NEP's em avaliação de eficácia pela CEDEP e demais setores da ADC que possam dar apoio.	1º trimestre de 2016	CEDEP	
A CEDEP/NEP ficam responsáveis por cobrar dos setores a avaliação de eficácia, bem como uma descrição de plano de ação no caso da avaliação não ser positiva.	2º trimestre de 2016	CEDEP/NEP's	
Elaborar a Política de Educação Permanente da FHEMIG, em consonância com as diretrizes definidas para o Sistema Estadual de Saúde	novembro de 2015	CEDEP	
Reativar do Banco de Potencial Técnico-Pedagógico	dezembro de 2015	CEDEP	
Garantir recursos financeiros para custeio de transporte e diárias para realização das atividades educativas	dezembro de 2015	DIGEPE	
Elaborar do projeto de ampliação da Educação a Distância	novembro de 2015	CEDEP	

ANEXO E (FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO)



Diretoria de Gestão de Pessoas/DIGEPE
Gerência de Ensino e Pesquisa/GEP
Coordenação de Educação Permanente/CEDEP

1) Nome da ação educativa:
2) Data de Realização:
3) Palestrante (s):
4) Coordenação: (nome, unidade e setor)
5) Método de Análise Adotado: ☐ Indicador ☐ Processo Mensurável ☐ Pré e Pós Teste
6) Análise da Eficácia do Setor Solicitante: (Descreva a situação anterior do indicador ou do processo mensurável, descreva o resultado que se pretendia alcançar no indicador ou no processo mensurável e o resultado obtido no indicador ou no processo após a ação educativa. Quando a metodologia for pré e pós teste descreva o resultado obtido no pré teste e o resultado obtido no pós teste).
7) Fatores facilitadores/dificultadores que influenciou nos resultados obtidos após a ação educativa:
8) Parecer do Setor Solicitante A ação educativa foi eficaz: ☐ Sim ☐ Não Data: Assinatura: _____
9) Parecer CEDEP/NEP Considerações: Análise da eficácia do treinamento: ☐ Sim ☐ Não Data: ____/____/____ Assinatura: _____