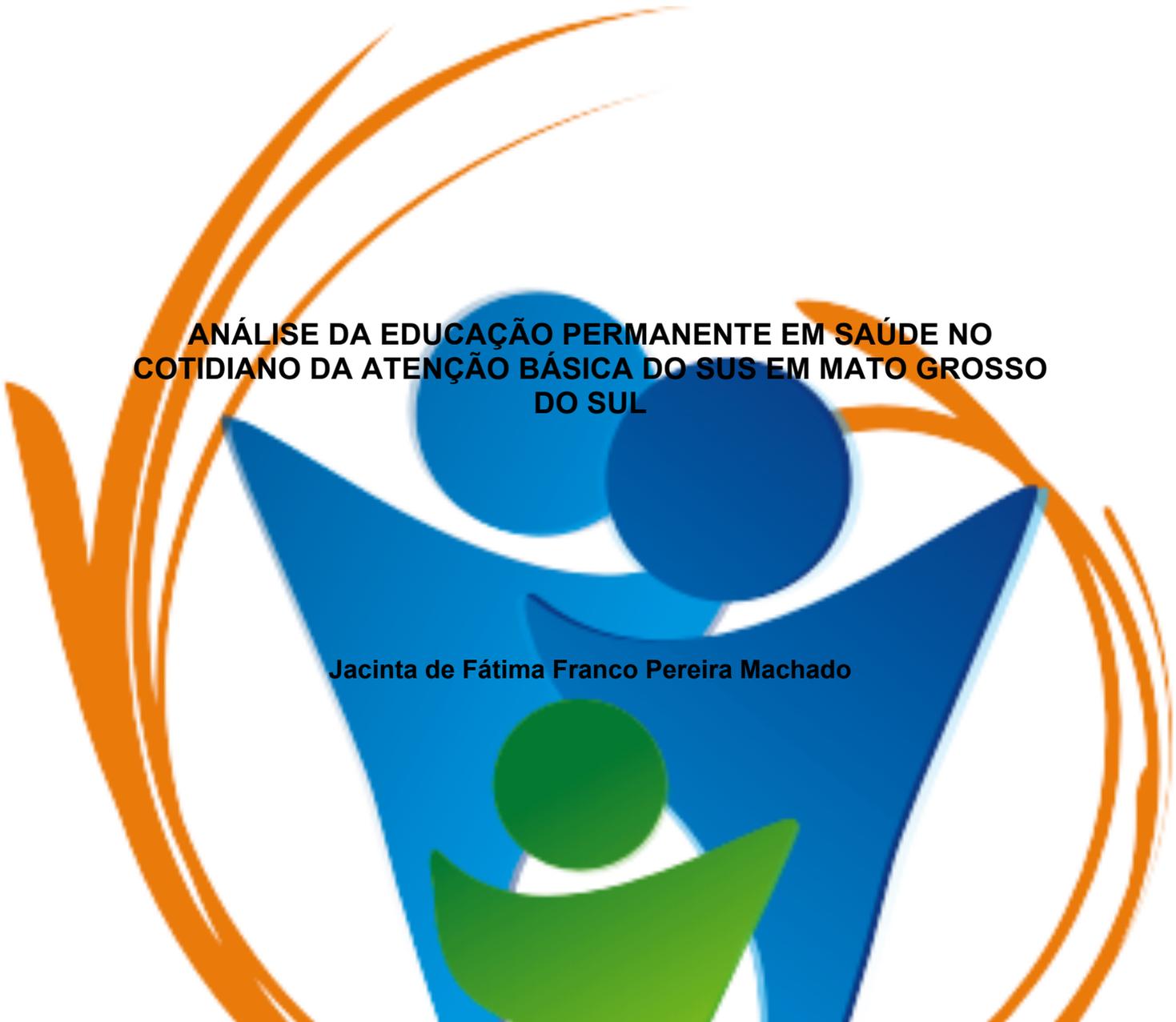


**Universidade Federal de Mato Grosso do Sul  
Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família**



**ANÁLISE DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NO  
COTIDIANO DA ATENÇÃO BÁSICA DO SUS EM MATO GROSSO  
DO SUL**

**Jacinta de Fátima Franco Pereira Machado**

**Campo Grande  
2015**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO MATO GROSSO DO SUL  
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**JACINTA DE FÁTIMA FRANCO PEREIRA MACHADO**

**ANÁLISE DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NO  
COTIDIANO DA ATENÇÃO BÁSICA DO SUS EM MATO GROSSO DO SUL**

Dissertação apresentada como requisito para obtenção do título de Mestre pelo Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Mara Lisiane de Moraes dos Santos.

**CAMPO GRANDE  
2015**

## FOLHA DE APROVAÇÃO

### ANÁLISE DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NO COTIDIANO DA ATENÇÃO BÁSICA DO SUS EM MATO GROSSO DO SUL

Dissertação apresentada como requisito para obtenção do título de Mestre pelo Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Mara Lisiane de Moraes dos Santos.

A banca examinadora, após a avaliação do trabalho, atribuiu à candidata o conceito \_\_\_\_\_.

Campo Grande (MS), \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2015.

BANCA EXAMINADORA

NOTA/ CONCEITO

\_\_\_\_\_  
Prof. Dra. Mara Lisiane de Moraes dos Santos  
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

\_\_\_\_\_  
Prof. Dra. Prof. Dra. Laís Alves de Souza Bonilha  
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. Joel Saraiva Ferreira  
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

## DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho

A todos os educadores, trabalhadores  
e apoiadores do Sistema Único de  
Saúde

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço ao Senhor por cada oportunidade apresentada, especialmente minha participação no Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família. Gratidão suprema!

Aos meus pais Ademar Borges Pereira (in memorian) e Waldice de Mello Franco Pereira (in memorian) que, além de me garantirem a maravilhosa experiência de uma vida plena de aventura, a supriram de princípios e valores como paciência, persistência, amor ao trabalho e a gratidão pela vida. Gratidão eterna!

Aos seres especiais que se juntaram a mim na edificação de uma família, por todos os momentos compartilhados em nossa convivência terna e amorosa. Gratidão sublime!

Especialmente agradeço à orientadora desse trabalho e coordenadora do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família, Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Mara Lisiane de Moraes dos Santos, pela dedicação e orientação precisa. Gratidão valorosa!

Especialmente agradeço aos membros da banca examinadora, Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Laís de Souza Bonilha e Prof. Dr. Joel Saraiva Ferreira, pela contribuição e saberes compartilhados. Gratidão respeitosa!

Meu agradecimento à M<sup>a</sup> Vera Lúcia Kodjaoglanian, que me estimulou a ingressar no Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família. Gratidão reconhecida!

À família estendida e colegas do mestrado pelas preciosas experiências compartilhadas e apoio solidário durante a caminhada. Gratidão sem distinção!

“A essência das coisas não consiste em pensamentos, e o pensar não está em posição de compreendê-la. O espírito todo, no entanto, em outras formas, talvez, de sua atividade e de sua emotividade, vive o sentido essencial de todo ser e de todo agir. O pensamento serve-lhe, então, como meio de dotar o vivido daquela coesão exigida por sua natureza, para experimentá-lo tanto mais intensamente quanto mais forte essa coesão se torna. São erros muito antigos que se opõem a esse modo de ver (...). A sombra da Antiguidade, sua desastrosa supervalorização do *logos*, ainda se estende sobre nós e não nos deixa constatar, nem no real, nem no ideal, aquilo que faz com que ambos sejam mais do que a razão em sua totalidade.”

(LOTZE apud HESSEN, p. 167.)

## RESUMO

O estado de Mato Grosso do Sul introduziu a educação permanente em saúde como modalidade educativa para os cuidadores, gestores e demandantes de cuidado nos cenários do SUS. A capital, Campo Grande, adotou-a para desenvolver a Estratégia de Saúde da Família. No intuito de introduzir a cultura da avaliação, o estado aderiu ao Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), que pesquisou estrutura, processo e satisfação do usuário no âmbito da Atenção Básica. Da coletânea de dados disponibilizados pelo PMAQ, foram selecionados, como objeto de estudo, as ações de educação permanente, de planejamento e de apoio institucional, nunca antes avaliadas. Este estudo teve por objetivo analisar a presença e especificidade das ações de educação permanente em interface às ações de planejamento e de apoio institucional, no cotidiano da atenção básica no estado de Mato Grosso do Sul. Trata-se de um estudo seccional, analítico por meio dos dados secundários oriundos do primeiro ciclo do PMAQ, na perspectiva de 184 respondentes das equipes de saúde da família, com subdivisão entre capital e interior. Os dados foram submetidos a tratamento estatístico com significância de 5%, e, a associação entre as variáveis capital e interior ao teste do qui-quadrado, teste Z e estatística descritiva. Os resultados apontaram que os cursos presenciais e trocas de experiências foram mais prevalentes, independente do local. As ações de tutoria e preceptoria foram menos utilizadas, especialmente no interior. No tocante à Educação a Distância, foram mais frequentes as do Programa Telessaúde, com menor utilização no interior. EAD/Unasus tiveram distribuição equitativa na capital e no interior. A utilização da Rede Universitária de Telemedicina (Rute) foi quase nula. No tocante ao planejamento, predominaram as atividades de monitoramento, análise de indicadores e discussão de casos, embora pouco convergissem na construção de Projeto Terapêutico Singular ou qualificação clínica por meio de apoio matricial, especialmente no interior. As equipes utilizavam uma dinâmica problematizadora e construía plano de ação, com base em informações locais e do sistema de informação da Atenção Básica, porém com menor definição de resultados e metas, especialmente no interior. Atividades de planejamento baseadas nos desafios levantados a partir da autoavaliação, parcerias com a comunidade e intersetorialidade, ficaram aquém do desejado. Das ações que o apoiador realizava, predominaram a avaliação, monitoramento de indicadores e discussão do processo de trabalho, com menor frequência do apoio à autoavaliação, educação permanente, análise compartilhada de progressos e resultados. No tocante às ações educativas, a prevalência de cursos presenciais e trocas de experiências com pouca mediação de ações de tutoria/preceptoria, nem sempre se traduz em desenvolvimento organizacional. O planejamento isento da reflexão crítica, da teorização e da educação permanente, converge em planos de ação com resultados e metas pouco satisfatórios. Enfim, as ações de planejamento e organização do processo de trabalho impermeáveis à autoavaliação, educação permanente e apoio ao compartilhamento de saberes, progressos e resultados, apenas reforça as condutas institucionais vigentes.

Palavras-chave: Educação Permanente; Saúde da Família; Avaliação.

## ABSTRACT

*The state of Mato Grosso do Sul introduced permanent education as an educational modality for workers, managers and users of Sistema Único de Saúde. The capital, Campo Grande, adopted it to develop the Family Health Strategy. In order to introduce the evaluation culture, the Program to Improve Access and Quality (PMAQ), researched the structure, process and user satisfaction in this context. PMAQ has selected as study object, the actions of permanent education, planning and institutional support. This study aimed to analyze the prevalence of permanent education, interfaced to planning and institutional support on Primary Care, in the state of Mato Grosso do Sul. It is a cross-sectional, analytical study through secondary data collected from PMAQ-first cycle, with division between capital and countryside towns, on a view of 184 respondents of family health teams. Data were analyzed statistically with significance level of 5%. The variables association between capital and countryside, with the chi-square, Z test and descriptive statistics. The results showed that in both locations were performed more classroom courses and exchange of experience, than the mentoring and preceptorship, especially in countryside towns. About distance education, the Telehealth Program was more performed in the capital than in the others. EAD/Unasus had equitable distribution in both places and Telemedicine University Network (Rute) was almost nil. The health planning, was more based on indicators monitoring analysis and discussion of cases, although little of them had converged to a therapeutic project or clinical qualification through matrix support, especially in the countryside towns. The planning was also performed on a problem-based dynamic, and built plan's action based on local information and on primary care system, but with lower resolution of results and goals, especially in the countryside towns. Planning activities based on challenges raised from the self-assessment, partnerships with community and intersectoral actions, were lagging behind. Like planning, the support actions were based more on evaluation of indicators, monitoring and discussion of work process, than the support to self-assessment, permanent education and shared analysis of progress and outcomes. Within the scope of educational activities, the prevalence of classroom courses and exchange of experiences with little mentoring /preceptorship mediation, does not always translate into organizational development. The planning free of critical reflection, theorizing and permanent education, converges into action plans with unsatisfactory goals and results. Anyway, the planning and organization of the work process absent of self-evaluation, permanent education and support for the sharing of knowledge, progress and results, only reinforces the behaviors and institutional practices.*

*Keywords: Permanent Education; Family Health; Evaluation*

## SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	
INTRODUÇÃO.....	18
1. REFERENCIALTEÓRICO.....	20
1.1 Fundamentos da Teoria do Conhecimento.....	21
1.2 O conhecimento e as pedagogias.....	24
1.3 O desenvolvimento da Educação Permanente em Saúde.....	28
1.4 A Educação Permanente em Saúde e as múltiplas interfaces..	32
1.5 A Atenção Primária à Saúde e a demanda em EPS.....	44
1.6 A EPS em interface com planejamento e avaliação.....	46
1.7 Desafios e possibilidades em EPS na Atenção Básica.....	49
2. OBJETIVOS.....	53
3. METODOLOGIA.....	55
4. RESULTADOS.....	59
5.1 Ações de educação permanente no cotidiano da atenção básica no SUS no Mato Grosso do Sul.....	61
5.2 Planejamento e organização do processo de trabalho das equipes de atenção básica do SUS em Mato Grosso do Sul.....	80
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	99
7. REFERÊNCIAS.....	105

# APRESENTAÇÃO

---

## **Inventário pessoal**

A experiência e os desafios com a educação permanente na Atenção Básica me motivaram a cursar o primeiro Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Em função de essa modalidade formativa considerar o potencial educativo do trabalho no SUS, minha expectativa foi articular o referencial teórico e o empírico, cujas percepções, indagações e necessidades sentidas, aqui relato, por meio do inventário pessoal e profissional.

### **O trabalho e a educação no contexto familiar**

A questão da educação a partir das experiências vividas tem um significado especial desde minha infância, quando se ensinava e aprendia muito no ambiente familiar por meio de tarefas simples e brincadeiras. “Trabalho de criança é pouco, mas quem enjeita é louco”, dizia minha avó, que gostava de ensinar por meio de frases feitas. Minha mãe era professora que tudo sabia e ensinava com persistência, porém não consegui aprender tudo que ela ensinou.

Meu pai se dedicava à agricultura, ao cuidado dos animais e ensinava o respeito pela natureza. Contava as luas para o nascimento, adivinhava o sexo dos bezerros e tecia comparações divertidas entre o comportamento das pessoas e dos animais. Ele tinha um sorriso de festa e sempre encontrava tempo para filosofar junto com as crianças sobre os fenômenos da vida na fazenda.

A partir dos quatro anos, as crianças aprendiam tarefas simples e completas, como alimentar as galinhas pela manhã e, à tarde, a colher-lhes os ovos. Juntos eles me ensinaram a arte da paciência, da persistência, o valor do trabalho e a gratidão pela vida.

A saída do ambiente rural foi marcada pela contrariedade da minha mãe ao surpreender a amiguinha me alfabetizando por meio da cartilha Caminho Suave: “Repete Jacinta: -Abeia- A”, ensinava ela. A urbanidade, até hoje, me causa estranheza, principalmente pelas atitudes das pessoas ditas civilizadas. A

escola, tal qual foi instituída, se tornou uma obrigação e minha rotina de estudante ficou sistematizada pelo hábito de realizar as lições de casa ainda em sala de aula.

### **A implicação e a militância pelo SUS**

Após a graduação em odontologia, iniciei o exercício profissional em clínica particular e alguns anos depois ingressei na Secretaria Municipal de Saúde Pública de Campo Grande/MS. Em princípio, no serviço público, minha prática clínica era orientada pelo Sistema Incremental, com foco na doença e práticas curativas.

Em seguida, fui convidada à supervisão de odontologia do Distrito Sanitário Sul e me deparei com uma nova modalidade assistencial em processo de implantação: o Sistema de Inversão da Atenção, posteriormente denominado “Programa Sorria com Saúde”. Uma vez implantadas as atividades preventivas semanais e trimestrais, protagonizei a implantação do Projeto Piloto para desenvolvimento das atividades clínicas.

Sérios obstáculos permearam esse processo, desde o rompimento com a consultoria até a ausência de planejamento de recursos estruturais. Uma vez superados, sobreveio uma crise de confiança que culminou com a pouca adesão dos profissionais. Após terem sido “capacitados e calibrados” durante dois anos, os dentistas das unidades de ensino não se animaram a integrar a equipe clínica do projeto piloto. Diante disso, outros profissionais foram convidados a atuar na Policlínica Odontológica CAIC.

A primeira avaliação anual indicou que uma policlínica com oito dentistas produzia 16% mais que a assistência odontológica pulverizada nas unidades de ensino do município. A gestora municipal, Dra Beatriz Figueiredo Dobashi, sempre atenta às mudanças positivas, construiu mais sete policlínicas nos demais distritos sanitários, remanejou os profissionais e ampliou o acesso à população adulta, efetivando esse modelo assistencial como o serviço mais resolutivo da odontologia até hoje em Campo Grande/MS. Atualmente, observa-se a transformação da policlínica em Centro de Especialidade Odontológica.

Dessa vivência, surgiu a indagação das razões pelas quais os profissionais aplicam ou não o seu conhecimento no processo de trabalho. Essa questão foi norteadora da minha mudança de perspectiva da supervisão para a supervisão, incluindo princípios de alteridade sob orientação do Curso de Formação de Facilitadores de Educação Permanente, cujo projeto de intervenção foi desenvolvido com a participação das equipes de saúde bucal e conselheiros locais da Unidade Básica de Saúde da Família Parque do Sol. Nesse aprender fazendo foi possível articular o conhecimento do trabalhador com a participação do usuário e traduzir a necessidade de saúde bucal daquela população em forma de projeto (BRASIL, 2005).

Munidos de tal documento, os conselheiros trataram de aprová-lo nas instâncias deliberativas do SUS. Assim, o projeto **S.O.S.**orriso, com objetivos de ampliação do acesso à saúde bucal, foi implantado aos sábados, para atender adultos trabalhadores e, dois anos depois, aprovado em pesquisa de satisfação do usuário. Foi interessante observar a beleza do controle social em exercício deliberativo para conferir, por vezes sucessivas, sustentabilidade ao benefício conquistado. Sistematizado pela Coordenação Geral do Programa de Agentes Comunitários em Saúde, o projeto foi apresentado em 2008 na Mostra de Saúde da Família.

A militância no SUS exigia a definição de caminhos e estratégias, de modo que ainda foi possível desenvolver um projeto de ambiência para construção de uma policlínica odontológica no Centro Regional de Saúde João Pereira da Rosa, com ampliação da acessibilidade.

O desenho arquitetônico foi uma construção coletiva da supervisão de odontologia com os vinte e sete dentistas do Distrito Sanitário Sul. Após ter sido sistematizado pelo engenheiro da obra, conferimos, com surpresa, que a planta enquadrava-se nas normas de biossegurança da Federação Dentária Americana-FDA. Esse fato nos sinalizou que estávamos no caminho certo e, como tal, o projeto foi apresentado ao Conselho Local de Saúde, que novamente exerceu seu direito deliberativo conferindo-lhe concretude e sustentabilidade.

Com esses três projetos efetivados, algumas certezas e constructos tornaram-se evidentes, e, embora atravessados por diferentes olhares e ideologias, a dinâmica participativa imperou, imprimindo mudanças em práticas

instituídas no cenário do SUS. A cogestão do conhecimento com a participação de usuários, conselheiros e trabalhadores constituiu um dispositivo de mudança, que poderia ter sido potencializado por meio do apoio institucional. Após a mudança de gestão, houve incompatibilidades com o modelo assistencial outrora vigente, o movimento da EPS não avançou e meu ciclo na supervisão de odontologia foi encerrado.

### **A gestão entra na roda**

Em 2008, ingressei na Gerência Técnica de EPS e me dediquei ao estudo da concepção político-pedagógica, novos desenhos metodológicos e possibilidades de aplicação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, com participação na Comissão Intergestores Regional (CIR) e Comissão de Integração Ensino Serviço (CIES).

A partir de 2009, integrei a equipe do Departamento de Educação Permanente, no serviço de educação permanente na atenção básica e fui designada a participar dos colegiados intersetoriais, cujo objetivo era organizar processos e caracterizar a necessidade de formação e educação permanente na Região de Saúde de Campo Grande/MS.

Nesse contexto, a maioria dos processos contratados para a educação dos trabalhadores se apoiava na expertise das instituições de ensino e não propriamente na necessidade de saúde da população. Essa lógica foi interpelada pela Secretaria Estadual de Saúde com apoio da CIES, a partir das oficinas regionais para construção do Plano Regional de Educação Permanente em Saúde (PAREPS) 2009, Plano Estadual de Educação Permanente, em Saúde (PEEPS) (MATO GROSSO DO SUL, 2010) e PEEPS (MATO GROSSO DO SUL, 2011).

A partir da caracterização de necessidade formativa, tais planos traduziram os esforços da Secretaria Estadual de saúde do Estado de Mato Grosso do Sul em construir uma Política Estadual de Educação Permanente coerente com a necessidade formativa dos trabalhadores e trabalhadores na função de gestores no referido estado.

## **A EPS produzindo deslocamentos**

O advento da Política Nacional de Humanização do SUS (PNH) nos convida a repensar a Educação Permanente em Saúde (EPS) na perspectiva do binômio atenção-gestão, uma vez que os modos de cuidar não se dissociam dos modos de gerir (CAMPOS, 2000).

Em 2010, iniciamos Rodas de Conversa para escuta qualificada das necessidades formativas e, naturalmente, iniciou-se uma produção coletiva ascendente. Ganham destaque novos modos de se operar a educação permanente, por meio da construção de espaços democráticos de saber, de poder e do aumento do grau de transversalidade entre serviços e pessoas (CAMPOS, 2000; BRASIL, 2003).

Tais princípios subsidiaram a elaboração coletiva do primeiro projeto político pedagógico sob lógica da Educação Permanente em Saúde/EPS, articulados aos métodos e dispositivos da Política Nacional de Humanização, no âmbito da Região de Saúde de Campo Grande. Tal projeto contou com apoio da Comissão Intergestores Regional/CIR, visto que contemplava a necessidade educativa para desenvolvimento do acolhimento e redes de atenção integral à saúde da mulher e da criança, com ênfase no desenvolvimento da Rede Cegonha.

Novamente atenta aos processos inovadores, a gestora estadual de Saúde, Dra Beatriz Figueiredo Dobashi, articulou as demais regiões de saúde, de modo que o Programa de Formação em Saúde e Trabalho foi aprovado nas instâncias deliberativas regionais e estadual – CIR-CIB – CIES/MS e inserido no PEEPS 2011-2013 (MATO GROSSO DO SUL, 2011). A operacionalização se deu sob financiamento da Portaria GM/MS 2.200, em 2012, em parceria da SMS de Campo Grande com Fiocruz Mato Grosso do Sul e Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.

Na expectativa de alcançar sustentabilidade, tal programa foi aprovado nas referidas instâncias deliberativas pelo segundo ano consecutivo. O Programa de Formação em Saúde e Trabalho articulou as necessidades educativas dos trabalhadores e as demandas formativas da gestão, para desenvolvimento das

Redes de Atenção Psicossocial, agora atravessadas pelas diretrizes da Clínica Ampliada e dispositivo de Redes (MATO GROSSO DO SUL, 2014).

### **O SUS como escola ou uma escola para o SUS?**

Uma vez disparado o processo de produção coletiva, os desafios impostos pela intersectorialidade ressurgiram no cenário regional a partir dos programas ministeriais para promover a integração dos setores de formação, atenção e gestão. Emergiu, assim, a necessidade de se ampliar a dimensão tecnológica das ações de educação permanente em saúde no contexto do SUS.

Com a adesão ao Programa para Melhoria do Acesso e da Qualidade-PMAQ, o debate da educação permanente foi retomado como estratégia pedagógica e de gestão, no sentido de requalificar a própria instituição de saúde. Tal proposta convidou-nos a revisitar a PNEPS e considerar o potencial educativo, as nuances e dimensões do trabalho em saúde, sobre as quais deveríamos refletir e ressignificar, com objetivo de promover a melhoria do acesso e da qualidade no SUS.

Considerando as possibilidades de reconfiguração das práticas, minha expectativa foi sistematizar neste estudo a produção de informação consistente que contribuísse com a caracterização da necessidade formativa no Estado por meio da análise dos dados secundários da avaliação externa do PMAQ. O foco do estudo foi a educação permanente em interface com o planejamento e apoio institucional à organização do processo de trabalho na atenção básica no Estado de Mato Grosso do Sul.

Além disso, este estudo poderá contribuir com a formulação de uma política regional, contextualizada para formação e educação permanente dos trabalhadores, e, trabalhadores na função de gestores, no cotidiano da Atenção Básica do SUS, em consenso com outros espaços implicados: o do ensino, o da gestão e o da atenção.

# 1.INTRODUÇÃO

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) surgiu em 1988 com a promulgação da Constituição Federal, que garantiu o direito à saúde a todos os cidadãos. Orientado pelos princípios da universalidade no acesso, equidade e integralidade na atenção e participação popular na gestão, o SUS situou-se em contraposição ao modelo de atenção vigente (BRASIL, 1989). Desde sua criação, passou por transformações importantes visando modificar os desenhos organizativos, principalmente da Atenção Básica, equiparando-a aos parâmetros de qualidade e acessibilidade da Atenção Primária à Saúde (STARFIELD, 2002; BRASIL, 2012).

A partir das mudanças no modelo de atenção, houve a percepção da insuficiência dos serviços, assim como dos setores de formação em atender às exigências laborais nos cenários do SUS. Emergiu a necessidade de qualificação profissional, que valorizasse o potencial educativo do trabalho como fonte de conhecimento e local de aprendizagem significativa (CECCIM, 2005). Nestes termos, o Ministério da Saúde instituiu por meio da Portaria GM/MS 1996, a Política Nacional de Educação Permanente (PNEPS) como uma estratégia educativa para desenvolvimento profissional e institucional no SUS (BRASIL, 2004; BRASIL, 2007; BRASIL, 2009).

A formulação dessa política concebeu várias ideologias e movimentos de mudança na educação em saúde como resultado de concepções pedagógicas baseadas na pedagogia freireana, mais afeita aos movimentos de mudança nas práticas de atenção à saúde (VALLA; STOTZ, 1994). Incorporou ainda um forte contorno da autonomia intelectual do movimento institucionalista em educação, no sentido de ampliar a capacidade de autoanálise e autogestão dos sujeitos (CAMPOS, 2003). Além disso, produziu deslocamentos nos setores de formação a partir da introdução da noção de quadrilátero da educação permanente (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

No estado de Mato Grosso do Sul, a preocupação em articular a educação dos trabalhadores à necessidade de saúde da população ficou mais evidente a partir do advento da Estratégia de Saúde da Família (ESF), cuja cobertura alcançou 68,4%, com 541 equipes de saúde da família, e, 62,99% em Saúde Bucal, com 526 equipes de saúde bucal sediadas em 566 unidades básicas de saúde (DATASUS, 2014).

Além da ampliação na cobertura, a preocupação com o tema qualidade na ESF, levou o Estado a aderir ao Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), criado em 2011, por meio da Portaria GM/MS 1.654 (BRASIL, 2012a). Como política indutora da qualidade da atenção à saúde, o PMAQ concluiu o primeiro ciclo de avaliações em 2013, junto às equipes de Saúde da Família e de Atenção Básica parametrizadas que aderiram ao programa. Além disso, previu a realização de processos indutores de melhores resultados das equipes de saúde em associação às gestões municipais, estaduais e federal, no intuito de proporcionar melhoria no acesso e na qualidade da atenção à saúde ofertada à população.

O processo foi organizado em quatro fases: Adesão e Contratualização; Desenvolvimento; Avaliação Externa e Recontratualização. Na fase da Avaliação Externa foi definido um conjunto de ações visando investigar as condições de acesso e de qualidade da atenção na totalidade de municípios e equipes de Atenção Básica que aderiram ao programa. O PMAQ pesquisou estrutura, processo e satisfação do usuário e disponibilizou a coletânea de dados aos centros de pesquisa, entre os quais foram objeto desse estudo os dados secundários referentes às ações de educação permanente, planejamento e apoio institucional (PINTO; SOUSA; FLORÊNCIO, 2012).

Anteriormente ao processo de avaliação externa do PMAQ não foram encontrados registros de estudo ou pesquisa que produzissem informações consistentes e subsidiassem a construção de estratégias formativas coerentes com a necessidade educativa dos trabalhadores do SUS em Mato Grosso do Sul. A escassez de informações sobre tais ações tem dificultado a formulação de estratégias de gestão do trabalho e da educação para o desenvolvimento do SUS, principalmente na AB/ESF. Assim, tornou-se relevante analisar tais ações, a fim de contribuir com formulação de estratégias articuladas de intervenção no cotidiano do SUS (BRASIL, 2010).

Este estudo teve por objetivo analisar a presença e especificidade das ações de educação permanente, de planejamento e apoio institucional na Atenção Básica do SUS em Mato Grosso do Sul, por meio da coletânea de dados revelados pela Avaliação Externa do PMAQ-AB ciclo 1.

## 2. REFERENCIAL TEÓRICO

---

## 2.1 FUNDAMENTOS DA TEORIA DO CONHECIMENTO

A teoria do conhecimento foi fundamentada a partir de uma disciplina filosófica, cuja etimologia derivou da língua grega e significa amor à sabedoria, em outras palavras, aspiração ao saber, ao conhecimento. Com antecedentes em Sócrates e Platão, a essência da filosofia despontou como autorreflexão do espírito a respeito dos seus valores teóricos e práticos acerca do verdadeiro, do bom e do belo (SÓCRATES; PLATÃO, apud HESSEN, 2003).

Se a filosofia socrático-platônica pode ser caracterizada como uma *visão de si* do espírito, em Aristóteles assumiu a perspectiva de “visão de mundo”. No movimento pós-aristotélico, os sistemas de Descartes, Espinosa e Leibniz retomaram o sentido de conhecimento objetivo como expressão de “visão de mundo”. Em Kant, ressurgiu o tipo platônico, e, sucessivamente, o pensamento filosófico se delineou em dois elementos do conceito essencial de filosofia: “a visão de si e a visão de mundo”. No entanto, tais reflexões resultaram em investigações epistemológicas não completamente contextualizadas (DESCARTES; ESPINOSA; LEIBNIZ, apud HESSEN, 2003).

Na Idade Moderna, a teoria do conhecimento emergiu como disciplina independente a partir da obra de John Locke, edificada por George Berkeley e David Hume. Na filosofia continental, Immanuel Kant apareceu como verdadeiro fundador da teoria do conhecimento, e, por não investigar a gênese psicológica, mas sua validade lógica, essa filosofia foi chamada de criticismo. O neokantismo, surgido na década de 1980 separou o questionamento metafísico do epistemológico. A questão epistemológica foi colocada para o primeiro plano e desencadeou o surgimento de numerosas correntes (HESSEN, 2003).

Nessa perspectiva, o desenvolvimento da teoria do conhecimento desencadeou problemas e questionamentos acerca da relação entre sujeito e objeto: Qual o fator determinante do conhecimento humano? Seu centro de gravidade está no sujeito ou no objeto? Para o objetivismo, está no objeto. O subjetivismo, ao contrário, tenta ancorar a verdade do conhecimento humano no sujeito. Enfim, a teoria geral do conhecimento buscou compreender o pensamento

em seu relacionamento com os objetos, com objetivo de fundamentar o conhecimento humano (HESSEN, 2003).

### **O conhecimento e o processo de trabalho em saúde**

As incertezas na fundamentação teórica do conhecimento se propagaram fomentando o debate e pressupostos acerca da situação do humano no trabalho. Na concepção do objetivismo, seria um dispositivo de conhecimento a ser acionado em função de interesses externos? E para o subjetivismo, o humano seria um agente do conhecimento em interação com o trabalho?

Tomando como ponto de partida a definição dos elementos constituintes do trabalho historicamente concebidos, a literatura de Marx (2010) aponta os seguintes elementos estruturais no trabalho: agente, objeto, instrumento e finalidade. Para o autor, o processo de trabalho é acionado por um agente com uma determinada finalidade. Os instrumentos são meios utilizados pelo agente para transformação do objeto de trabalho.

A conotação filosófica da educação no trabalho se alterna ora como instrumento, ora como finalidade. A educação planejada como finalidade é estruturante dos instrumentos e meios desejados para construir uma epistemologia transformadora. A educação planejada como setor meio é determinada e reforça a situação política vigente no trabalho.

A educação na saúde resultou de desdobramentos do trabalho em saúde, por vezes com foco nas políticas, na saúde coletiva, em outras, orientada para a clínica. No século XX, a clínica médica liderou o debate, promoveu deslocamentos no signo da doença e, com isso, houve modificação na estrutura do conhecimento e na forma de instrumentalização da prática médica (FOUCAULT, 2004).

A genealogia da clínica inscrita no saber estruturado a partir da prática conferiu-lhe historicidade. Esse saber operante foi apontado como constituinte do processo de trabalho, visto que seus momentos internos e externos atuam como uma mediação do conhecimento (MENDES-GONÇALVES, apud DALLA VECHIA, 2012). O exercício da medicina tomou como objeto as estruturas de

normatividade das classes sociais inscritas nas práticas para além das concepções que delimitaram a finalidade e o objeto da prática médica, exclusivamente às estruturas e fisiologia do corpo humano (MENDES-GONÇALVES (1979).

Nesse sentido, o objeto do trabalho médico, apenas aparentemente é o corpo humano, por isso, posteriormente, a medicina foi redefinida como “a ciência do corpo humano”, cuja principal finalidade é “a arte de curar”. Emerge um impasse a partir do reconhecimento dos elementos estruturantes do processo de trabalho em saúde, acionados por sujeitos, sejam eles demandantes de cuidado, cuidadores ou gestores. (DALLA VECHIA, 2012). Implícito tanto na ciência quanto na arte de curar, o conhecimento adentrou o campo das tecnologias e passou a ser solicitado enquanto dispositivo de mudança, inscrito em todos os elementos do processo de trabalho em saúde.

Os avanços tecnológicos inscritos nos instrumentos e objetos legados pela biomedicina foram inegáveis, no entanto, muitas contradições se expressaram na composição técnica do trabalho e nas relações na produção do cuidado, manifestadas na desumanização da gestão, da atenção, culminando com as diversas formas de restrição do acesso aos serviços. Tais condutas contribuíram com a composição da “clínica degradada”, como produto de políticas de saúde inadequadas (CAMPOS, 2003).

Para enfrentar tamanho desafio, o Ministério da Saúde ampliou o aporte tecnológico para o SUS, com incremento em tecnologias leves, para configuração de uma nova ética nas práticas de saúde, à medida que reconceituou o trabalho com base na construção de vínculo, do autocuidado, do cuidado integral, do trabalho em equipe e da comunicação intersetorial. A percepção de tais necessidades induziu, gradativamente, ao esgotamento do modelo racional e enfrentamento a um duplo desafio no trabalho em saúde: um epistemológico, devido a complexidade dos instrumentos/objetos envolvidos e outro ético, em função do ato de intervir (BRASIL, 2008).

No campo epistemológico, emergiu a necessidade de uma modalidade educativa ascendente e contra-hegemônica, que ampliasse o protagonismo dos trabalhadores e sua capacidade de análise e intervenção no trabalho. No campo ético, desponta a necessidade de ampliar a responsabilização dos sujeitos com a

produção da saúde. Em atenção a tais demandas, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (EPS) e a Política Nacional de Humanização (PNH) se complementam nessa finalidade.

## **2.2 O CONHECIMENTO E AS PEDAGOGIAS**

A concepção teórico-metodológica da EPS foi historicamente fundamentada e moldada em função do cenário político-ideológico em curso no país. O percurso pedagógico e a proposta metodológica propõem deslocamentos do poder e fundamentação do saber a partir do educando, mediada pelo educador, mas, principalmente, que tome a dimensão social como ponto de partida e de chegada a uma prática a ser transformada pela ação educativa, sem desconsiderar o que já foi historicamente construído (SAVIANI, 2001).

**Transmissão de conhecimento:** Algumas concepções pedagógicas tradicionais mereceram destaque em função da sua capacidade de repetição ao longo dos anos, especialmente a transmissão de conhecimentos e o condicionamento. A transmissão de conhecimento situou o educador como detentor do saber e do poder, ou seja, como sujeito que ensina o que o outro passivamente deveria aprender.

**Condicionamento, capacitação, treinamento:** O Condicionamento proliferou sob o pó dos coturnos, na década de 1970, com o “tecnicismo educacional”, inspirado nas teorias behavioristas de aprendizagem e abordagem sistêmica do ensino (SKINNER, 2006). Essa pedagogia utiliza estímulos e recompensas capazes de condicionar o aprendiz a responder conforme o desejado. Trata-se de uma prática pedagógica controlada e dirigida, com atividades mecânicas repetitivas, previamente programadas (LUCKESI, 1994).

**Pedagogia Nova:** A Escola Nova se expandiu na Europa, na América e no Brasil, na primeira metade do século XX. No Brasil, acompanhou o movimento industrial, no bojo do neoliberalismo. Embora essa pedagogia ressaltasse pontos positivos e conquistas importantes, como o “aprender fazendo” de John Dewey e as técnicas Freinet, não alcançou a universalidade como estratégia pedagógica. (GADOTTI, 2002). Ao eleger o aluno como sujeito da

educação, desconstruiu a relação de poder, sem edificar o saber em novas bases sociais e contribuiu para reproduzir a marginalidade social dentro da escola.

**Concepção construtivista, sóciointeracionista, histórico-social:**

Nessa concepção, o foco da aprendizagem não está centrado no educador nem nos conteúdos e sim no aprendiz. Desenvolvida por Jean Piaget (1896-1980), introduziu o conceito da aprendizagem significativa, cujo objetivo da intervenção pedagógica é contribuir para o desenvolvimento mental humano na interação com o meio ambiente. Em contribuição, Vygotsky e seus discípulos reafirmaram a importância da presença do educador e defenderam que a aprendizagem ocorre mediada pelas interações sociais entre sujeitos históricos. Tem sido denominada Pedagogia Sócio interacionista (DUARTE,1998).

O traço mais peculiar da educação no século XX foi o deslocamento do enfoque do individual para o social, para o político e para o ideológico. Paulo Freire sugeriu o exercício de práticas pedagógicas que valorizassem a cultura, a individualidade e o conhecimento do educando. Para o estudioso, é a partir do processo de reflexão da realidade que o homem se torna consciente e comprometido e pode atuar como agente de transformação de si e dessa realidade. Pichon Rivière (1969) partiu do pressuposto do caráter dialético dessa interação, cuja trajetória se dá em espiral contínua, em que o ator do processo se realimenta com a experiência, modificando a si e o ambiente – a espiral do conhecimento (GADOTTI, 2000).

**Teoria da pedagogia histórico-crítica:** A pedagogia histórico-crítica situa-se, teoricamente, no bojo das pedagogias contra-hegemônicas de orientação marxista desenvolvidas a partir da década de 1980. Fundamentada no materialismo histórico-dialético, designa uma teoria pedagógica preocupada com os problemas educacionais decorrentes da exploração do homem pelo homem. Discute a natureza da educação como um trabalho imaterial, cuja especificidade propõe-se assegurar que cada indivíduo se aproprie daquilo que a humanidade já apreendeu em seu percurso histórico.

Portanto, o objeto da educação refere-se à transmissão e apreensão dos elementos culturais fundamentais ao processo de humanização, o que implica em adequar o processo de ensino-aprendizagem às melhores formas de

produção e socialização dos conteúdos clássicos necessários para que os estudantes possam compreender a imposição da relação de exploração.

A proposta metodológica da Pedagogia Histórico-crítica não se refere a algo que possa ser tratado como um “pacote pedagógico”. É uma teoria pedagógica que possui alicerces claros de sustentação. Distorcido ou distanciado de suas fundamentações, o método perde sua validade científica (SCHEIBE, 1994). A metodologia proposta se apresenta em cinco etapas que tem como ponto de partida e de chegada a prática social a ser transformada pela ação educativa.

O ponto de partida é a prática social, onde professor e alunos se localizam. Nesse momento, os alunos se encontram num nível de compreensão fragmentado em relação ao conteúdo. O professor, por sua vez, tem conhecimento dos objetivos, porém ainda precisa articular sua prática pedagógica com a dimensão social, o que será possível somente após conhecer o nível de compreensão dos alunos (SAVIANI, 2001, p. 70).

O segundo momento é a problematização, que identifica os “principais problemas postos pela prática social”, as questões que precisam ser resolvidas e o conhecimento necessário para respondê-las de forma consistente, com base na realidade (SAVIANI, 2001, p. 71).

A terceira etapa, a instrumentalização, deve garantir aos alunos “a apropriação pelas camadas populares das ferramentas culturais necessárias à luta social que travam diuturnamente para se libertar das condições de exploração em que vivem”. A operacionalização, portanto, coerente com a problematização, deve ofertar os instrumentos e meios aos educandos para ascenderem em seus níveis de compreensão em relação à totalidade dos fenômenos (SAVIANI, 2001, p. 71).

O quarto passo – catarse, refere-se ao “momento da expressão elaborada da nova forma de entendimento da prática social a que se ascendeu”. É a passagem da síncrese à síntese, permitindo aos alunos que manifestem sua compreensão “em termos tão elaborados quanto era possível ao professor” no início do processo. O último momento refere-se ao retorno à prática social transformada pela ação educativa (SAVIANI, 2001, p. 72).

**Problematização:** A metodologia problematizadora tem representado posturas educacionais críticas, a partir da análise da realidade observada e vivida. Em um segundo momento, identifica-se os pontos-chave, e, a partir deles, identifica-se a justificativa teórica – fase de teorização – e formulação de hipóteses de solução para os problemas identificados, respeitando-se os patamares de governabilidade impostos pela realidade. Na última fase, volta-se à realidade para aplicação prática das soluções propostas, análise dos resultados e da possibilidade de aplicação em situações similares. Esses passos seguem o método do arco, proposto por Charles Maguerez (BORDENAVE, 1994).

**Práticas educativas no SUS:** No Brasil, a prática educativa em saúde inseriu-se no projeto político-sanitário, que atribuiu ao SUS a ordenação da educação dos trabalhadores e trabalhadores na função de gestores, na busca por uma estratégia que intervisse na realidade e, conseqüentemente, contribuísse para a transformação social, política e econômica do país (BRASIL, 2007).

Ao longo dos anos, a educação em serviço foi concebida como treinamento e/ou capacitação para o trabalho como meio de se atender às necessidades pontuais das instituições profissionais. Mostrando-se insuficiente para traduzir o conhecimento em prática organizacional, a capacitação foi analisada sob novos enfoques e perspectivas (DAVINI, 2009).

A educação para os trabalhadores da saúde foi sugerida e edificada a partir de um movimento em torno da proposta de Educação Permanente em Saúde (EPS), na Organização Pan-Americana de Saúde (OPS). No Brasil, a EPS foi oficialmente considerada uma estratégia capaz de trazer para a arena da formação e do desenvolvimento dos profissionais de saúde, abordagens metodológicas dialógicas e democráticas. Ao reconhecer o agente do trabalho como sujeito cognoscente, a EPS potencializa sua capacidade de autoanálise e autogestão, na perspectiva de transformação do seu saber e do seu fazer (HADDAD et al, 1994).

Sob a lógica ascendente e transdisciplinar, a EPS enaltece projetos político-pedagógicos construídos sobre a necessidade formativa dos trabalhadores e de saúde da população, e, articulados entre as organizações profissionais e as instituições formadoras de recursos humanos. Para além de uma metodologia pedagógica inovadora, a Educação Permanente em Saúde

assume dimensões organizacionais contra-hegemônicas e estratégicas ao buscar a transformação de uma situação indesejada em outra diferente ou desejada (HADDAD et al, 1994).

### **2.3 O DESENVOLVIMENTO DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE**

A educação permanente teve origem na França em 1955 num projeto de reforma do ensino idealizado por Pierre Furter, que previa a continuação da formação fora da escola. Posteriormente, a Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (UNESCO) adotou tal conceito para reorientar a educação de adultos trabalhadores por meio da educação problematizadora e aprendizagem significativa (PAULINO et al, 2012).

Para muitos autores, a educação permanente configurou um desdobramento da pedagogia freireana, para outros, do Movimento Institucionalista em Educação. A primeira introduziu, na educação, o princípio da produção dialética, enquanto o segundo propôs alterar a noção de recursos humanos para a noção de sujeitos individuais e coletivos em processos de autoanálise e autogestão do trabalho (CECCIM, 2005).

Uma corrente de pensamento que teve origem no começo da década de 1970 reconheceu o adulto como sujeito da educação ao longo da vida em contextos comunitários e laborais. Outras vertentes de origens diversas geraram novos desenvolvimentos no campo da capacitação laboral, tais como o Desenvolvimento Organizacional, os Círculos de Qualidade, a Qualidade Total ou a Reengenharia Organizativa (DAVINI, 2009).

Com a promulgação da Constituição Brasileira, em 1988, ao SUS foi atribuída a função de “ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde”, por meio da Lei 8080. Para além, a educação dos trabalhadores configurou uma estratégia de desenvolvimento humano para o SUS, em cumprimento à Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do Sistema Único de Saúde (NOB/RH-SUS).

A Educação Permanente foi introduzida na saúde pela portaria 198/2004, com ênfase à integração da formação com a atenção à saúde, em

função da configuração de uma rede-escola (BRASIL, 2004). A definição da Educação Permanente enquanto política pública estabeleceu sua condução regional por meio dos Polos de Educação Permanente em Saúde para o SUS com as funções de identificar necessidades formativas e providenciar a educação dos trabalhadores a partir da mobilização político-institucional por meio de ações articuladas.

Além disso, a portaria 198 reforçava o estabelecimento de produção de conhecimento e cooperação técnica entre as instituições de ensino, de serviço e instâncias de controle social, mediante relações orgânicas e permanentes. Tal portaria tinha por objetivo instituir a educação permanente para os trabalhadores com bases regionais e coordenar a avaliação como compromisso intersetorial de sustentação do processo de mudança (BRASIL, 2004).

A concepção pedagógica para a EPS partiu do pressuposto da aprendizagem significativa, quando o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações. Os processos de qualificação dos trabalhadores do SUS devem tomar como referência as necessidades de saúde das populações, da gestão e do controle social e que tivessem como objetivo central a transformação das práticas profissionais e institucionais (BRASIL, 2004).

### **O debate acumulado**

A partir de 2003, tanto a implantação nos municípios quanto a implementação da educação permanente através dos polos gerou muita controvérsia, culminando com o processo de revisão da portaria 198/GM, que resultou na publicação da Portaria GM/MS N°1996 de 20 de agosto de 2007, que dispõe sobre as diretrizes para a implementação da atual Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2007).

Nesse período, o debate liderado por Ceccim (2005), considerou o conceito ampliado de saúde, a necessidade de mudança nas modalidades assistenciais e o aumento da densidade tecnológica do setor saúde, como demandas emergentes à implementação dos processos de EPS. Corroborou Rovere (2005), ao reconhecer na EPS uma dimensão emancipadora do modelo

hegemônico de educação, cujas iniciativas de transformação da realidade marcariam um campo de forças no processo de transformação na cultura da saúde e reconheceu o Quadrilátero da Formação como dispositivo de articulação intersetorial.

A problematização sobre a educação na saúde fomentou reflexões sobre o modelo de atenção e os elementos constituintes do trabalho em saúde, em particular a micropolítica, as práticas pedagógicas e as tecnoassistenciais, resultando em considerações de que as propostas que visam intervir no campo de produção em saúde têm de reconhecer tais elementos (CECCIM, 2004; MERHY, 2005).

Merhy (2005), fomentou reflexões sustentadas em duas ideias nucleares, sendo a primeira a visão gerencial, que atribuía a pouca eficácia da atenção à falta de competência dos trabalhadores da saúde, o que poderia ser corrigida por meio de cursos, capacitações e treinamentos sucessivos e pontuais. A segunda, o reconhecimento do trabalhador como protagonista do processo de produção das ações de saúde e educação e o desafio de pensar uma nova pedagogia que produzisse a implicação desses sujeitos com a construção da vida.

Todo processo que esteja comprometido com as questões de educação permanente tem de ter a força de gerar no trabalhador, no seu cotidiano de produção do cuidado em saúde, transformações da sua prática, o que implicaria a capacidade de problematizar a si mesmo no agir (...) (MERHY, 2005 p.173).

No âmbito do Conselho Nacional de Saúde–CNS, a Portaria GM/MS 1996/2007 estabeleceu novas diretrizes e estratégias para a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde–PNEPS, de modo a adequá-la ao regulamento do Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006a) e à Política de Recursos Humanos para o SUS como eixo estruturante para a valorização do trabalho e dos trabalhadores da saúde. A condução regional da PNEPS se organizou por meio dos Colegiados de Gestão Regional, com a participação das Comissões Permanentes de Integração Ensino Serviço (CIES), instâncias previstas na formulação, execução, acompanhamento e avaliação de ações de EPS no contexto regional (BRASIL, 2007).

A reedição da PNEPS, em 2009, analisou problemas, enfoques, perspectivas, acompanhadas de reflexão crítica das tendências clássicas na educação a partir dos aportes da sociologia das organizações, da análise institucional, sempre na perspectiva da educação de adultos, particularmente em situação de trabalho (DAVINI, 2009). O reconhecimento do adulto como sujeito da educação e a extensão da aprendizagem para além do ambiente escolar gerou novas vertentes no campo da capacitação laboral. No campo dos sistemas de saúde, os debates acerca da configuração da educação e desenvolvimento dos recursos humanos levaram a contrastar os paradigmas da “Educação Continuada” e “Educação Permanente”.

Nessa linha de análise e preocupações com o modelo de educação, a capacitação foi apontada como problema, em função das influências institucionais, políticas, ideológicas, que tanto poderiam caracterizar limites quanto possibilidades à práxis da EPS, tais como: a simplificação e a visão instrumental que pensa a educação enquanto meio; o imediatismo e a baixa discriminação dos problemas a superar, deslocando problemas de ordem estrutural a serem resolvidos com capacitações pontuais; a tendência em atuar por meio de programas e projetos, cuja lógica é de dependência de fontes específicas de financiamento, ao invés de fortalecer a sustentabilidade e a permanência das estratégias educativas ao longo do tempo (BRASIL, 2009).

Persistia como problema o modelo escolar sustentado na transmissão de conhecimentos, que nem sempre se traduziam em aprendizagem organizacional ou se transferiam para a ação coletiva. A discussão sobre a efetividade da capacitação e suas possíveis estratégias de melhora continuou sendo um elemento para debate, no sentido de configurar oportunidades de recomposição dos processos de trabalho através da problematização contextualizada que promovesse o diálogo entre as políticas públicas e as singularidades locorregionais (DAVINI, 2009).

Para além da reiteração de modelos de educação já dados e dominantes, a EPS se apresentou como uma estratégia para imprimir mudanças e promover desenvolvimento institucional de maneira participativa (ANDRADE et al, 2004). Ao abordar o aprendiz e o docente como sujeitos do processo educativo, essa dinâmica se contrapunha à passividade e à falta de compreensão

sobre as experiências vivenciadas à medida que contextualiza o objeto de estudo. (STRUCHINER; ROSCHKE; RICCIARDI, 2002).

Nessa perspectiva, a PNEPS passou a ser considerada como um recurso estratégico para a gestão do trabalho e educação na saúde, com vistas a promover o ordenamento da formação e desenvolvimento permanente dos trabalhadores, com base nas demandas identificadas a partir de análise e problematização da realidade (BRASIL, 2007). O planejamento da EPS para atingir os objetivos de melhoria contínua exige que as organizações profissionais caracterizem suas necessidades de melhoria relacionadas ao perfil de competências necessário

Para caracterizar a necessidade formativa, Ceccim e Feuerwerker (2005) apontaram elementos analisadores para a configuração da EPS, tais como a análise da gestão setorial e das necessidades institucionais, análise da educação dos profissionais de saúde, a análise das práticas de atenção à saúde, a e a análise da organização profissional. A partir da definição da necessidade formativa, se configura o perfil de competências desejado no projeto e planejamento da EPS, seguida da operacionalização e avaliação do processo.

## **2.4 A EPS E AS MÚLTIPLAS INTERFACES**

Ao longo dos anos, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde pouco se efetivou nas práticas do SUS em função de obstáculos estruturais, epistemológicos e metodológicos fortemente instituídos no âmbito das organizações profissionais de trabalho e de ensino. Tais questões permaneceram ocultas no planejamento da educação dos trabalhadores. O antagonismo das questões epistemológica e metodológica e os descompassos desencadeados no cenário do SUS começaram a ser desvendados na prática a partir das primeiras tentativas de implantação da EPS.

Os setores de formação atribuíam tal desencontro na rede de saúde a fatores de ordem epistemológica, aquém da produção de conhecimento exigida pela academia. Por sua vez, os gestores reclamavam que os profissionais recebiam formação inadequada às necessidades do SUS. As duas reclamações

foram verdadeiras e apontaram a necessidade de se articular a transformação das práticas de saúde à transformação da formação profissional em saúde de maneira participativa (CECCIM, 2005).

Essa falta de alinhamento das competências na formação dos profissionais, com os componentes sanitários e pedagógicos das organizações de saúde, por um lado, em muito contribuiu para a reprodução do modelo biomédico, que fundamentava a questão epistemológica na transmissão de conhecimento, fragmentado em disciplinas e especialidades (LUDKE; CUTOLO, 2010). Por outro lado, os processos educativos e a contrapartida de conhecimento contratados para o trabalhador, em sua maioria, se apoiavam na expertise das instituições de ensino, que, por si, contribuíram para a perpetuação de uma formação pouco adequada ao desenvolvimento do SUS (HENRIQUE; CALVO, 2009).

Entre avanços e retrocessos, algumas propostas pontuais de EPS têm proporcionado espaços permanentes de construção de saberes e práticas dos profissionais do SUS e da academia, com a elaboração coletiva do projeto pedagógico (PINTO et al, 2008). Tais ações foram relevantes e marcaram tanto o papel indutor do Ministério da Saúde, quanto o pioneirismo de algumas instituições de ensino ao promover a educação com base na aprendizagem significativa, na formação multidisciplinar e na articulação ensino-serviço (ANDRADE et al, 2008).

Em contrapartida, o modelo de atenção integral à saúde fundamentou a proposta da reintegração do saber e do fazer nas práticas do SUS. Portanto, recomendou-se que o componente pedagógico dos processos educativos para os trabalhadores fosse alinhado ao componente sanitário, e coerente com a questão metodológica (LUDKE; CUTOLO, 2010). No tocante ao método recomendado pela EPS, a problematização tem proporcionado a integração da equipe, desde que os conflitos sejam orientados para objetivos e metas comuns.

Portanto, a educação permanente tem sido reafirmada como meio e fim de desenvolvimento profissional/institucional sob o papel indutor do Ministério da Saúde. Silva (2012), concluiu que a educação dos trabalhadores deveria ser incorporada ao projeto de desenvolvimento institucional. Aguiar (2010) constatou que a interação entre a formação e o SUS poderia ser maior se houvesse uma política universitária clara sobre educação permanente para o SUS.

## **O SUS como escola ou uma escola para o SUS? Quais as competências necessárias aos docentes para o desenvolvimento do SUS?**

Tais indagações trouxeram novos pressupostos sobre arranjos institucionais contraditórios contratados para a qualificação dos docentes, preceptores e tutores da academia e do serviço, que podem tanto alavancar mudanças, quanto reforçar as práticas vigentes. Nesse sentido, assumiu relevância a formação dos docentes e a composição das competências como meio de se atingir a transformação das práticas, tanto quanto o alinhamento da questão epistemológica-metodológica, em adequação dos componentes sanitário e pedagógico do SUS (LUDKE; CUTOLO, 2009).

Como proposta de configuração da rede-escola, o desafio reside na transição do foco do ensino para a aprendizagem coletiva e organizacional, na construção participativa do currículo integrado com base na necessidade de saúde. Como proposta de desenvolvimento pessoal/interpessoal, o desafio consiste em alinhar os objetivos institucionais aos objetivos dos trabalhadores e a necessidade de aprendizagem com a de desenvolvimento institucional.

No plano macro, o desafio consiste na organização de uma política de EPS articulada às políticas de recursos humanos; no plano institucional e cultural, no sentido de incorporá-las ao projeto de desenvolvimento pessoal, profissional e institucional (SILVA, 2012). Nesse sentido, a EPS tangencia o planejamento, no intuito de aproximar o elo entre concepção e execução do trabalho e educação.

Por essa nova compreensão do planejamento enquanto processo de aprendizagem coletiva, Senge (1998) e Starkey (1997) defenderam o paradigma da “organização que aprende”. Para esses autores, a mediação reflexiva das relações interpessoais e escuta da subjetividade explícita ou não, tem sido fundamental para a aprendizagem e construção de estratégias de intervenção aos problemas reais, como resultado que emerge de múltiplas interações entre os agentes. Emergiu, portanto, a relevância da competência relacional, por meio da qual a EPS estabeleceu interfaces, com a humanização do cuidado e com os processos de planejamento e organização do trabalho em função de sua flexibilidade metodológica e agir comunicativo (RIVERA; ARTMAN, 1997).

**A EPS e a competência relacional: Em quais circunstâncias o profissional de saúde se mobiliza, tanto à aquisição de novos saberes, quanto à sua aplicação no processo de trabalho?**

Apesar de a prática em saúde estar baseada em leis, políticas, e evidências científicas, é profundamente relacionada à subjetividade dos profissionais e usuários e envolve valores morais, éticos, ideológicos e aos modos de se comunicar e lidar com o usuário no momento de encontro. Profissional e usuário são afetados nesse encontro, o que vai definir o sucesso terapêutico, em função da capacidade de escuta verbal e subjetiva (BALINT, 1988).

No modo hegemônico de produção de cuidado, as práticas têm sido orientadas para a produção de procedimentos, normas e protocolos, em geral, com pouca escuta. Tais condutas prescritivas são carentes de afetos. Essa questão tem mobilizado a elaboração e oferta de dispositivos para ampliar a competência relacional nos processos educativos. Nesse sentido, a Política Nacional de Humanização (PNH) sistematizou o princípio da formação-intervenção, como uma inflexão que emergiu dos problemas, soluções e desafios oriundos das experiências do SUS (BRASIL, 2008).

Na perspectiva dos trabalhadores, o problema principal é a precarização da situação do trabalho. Para os usuários, a descontinuidade do cuidado. Esses dois problemas-desafios apontados por trabalhadores e usuários, coexistem como práticas desumanizadas e, como tal, devem ser pensadas nos processos de educação permanente no SUS, partindo do desafio de formar para intervir e promover a integralidade (BRASIL, 2010).

A PNH respondeu a isso com princípios e método da tríplice inclusão: inclusão dos sujeitos, das tensões que desestabilizam os modos instituídos de ser e da indissociabilidade entre formação-atenção-gestão-controle social. Para a PNH, o aprender e o ensinar se dão ao mesmo tempo num processo de formação-intervenção, em que os diferentes sujeitos são convocados a problematizar e compartilhar projetos de saúde, daí a importância de se reconhecer na pluralidade dos currículos a possibilidade de transformação da realidade. A perspectiva da formação-intervenção prevê que o estudante trabalhador, durante e a partir de seu percurso formativo, proponha uma intervenção em seu local de trabalho/campo de estágio (BRASIL, 2010).

Na perspectiva da integralidade e da humanização da formação, a PNEPS e a PNH se complementaram como políticas transversais, cujos princípios, métodos e conteúdos têm sido aplicados como ferramentas de planejamento, gestão, informação e humanização no âmbito das organizações profissionais de saúde. No contexto do trabalho, tem se prestado à ressignificação do conceito de cuidado para introduzir melhorias do acesso e da qualidade da saúde ofertada à população. Enfim, mesmo que não tenha sido planejada, a EPS emerge como necessidade, ora tangenciando, ora atravessando os processos na fase de operacionalização (CAROTA; KAWAMURA; SALAZAR, 2009).

### **A EPS e o princípio da formação-intervenção**

Como afirmar a integralidade a partir de práticas de formação pautadas em concepções que dissociam atenção e gestão, e focalizam a intervenção profissional no binômio queixa-conduta? (BENEVIDES, 2010).

Tradicionalmente, a formação tem operado com a fragmentação dos modos de cuidar e de gerir, seccionando epistemologia e vida. Emergiu, portanto, a necessidade de imprimir coerência e coesão nos processos político-pedagógicos, que orientassem para a indissociabilidade entre cuidar, gerir e formar. Nesse entendimento, a formação-intervenção significa sobretudo

(...) uma desestabilização da dicotomia clássica entre sujeito e objeto, entendidos como unidades bem demarcadas ou mesmo opostas, ou como unidades relacionadas numa perspectiva de sobredeterminação, ora do sujeito sobre o objeto, ora do objeto sobre o sujeito. O que aqui ganha relevo é a aposta no caráter intervencionista do conhecimento, que se afirma no entendimento de que “todo conhecer é um fazer” (BENEVIDES, 2007).

Nesse sentido, formar adquire também o objetivo de intervir e tensionar os modos instituídos de ser, incitando a criação de outros modos de fazer. O que se deseja com isso é que processos de formação-intervenção atuem como disparadores de paradigmas, criando elos entre problematização e ação (BRASIL, 2010).

O processo de formação-intervenção sistematizado pela PNH adotou por princípios a inseparabilidade entre formação e intervenção, e, que toda

formação implica análise do processo de trabalho. Desse modo, o sentido da integralidade adentra o campo da formação, como diretriz fundamental a ser ensinada e apreendida, fomentando o debate de como vêm se dando os processos de formação dos profissionais em saúde (PASCHE; PASSOS, 2008).

### **A EPS e conceito de apoio institucional**

A EPS é uma estratégia disparadora de mudanças no trabalho. O Apoio Institucional é uma aplicação metodológica do conceito Paidéia, introduzido por Campos (2005), em sua tese intitulada *Um método para análise e cogestão de coletivos*, fundamentada na crítica à racionalidade gerencial hegemônica. A proposição da aproximação do elo entre gestão e atenção teve por objetivo o desenvolvimento da cogestão do trabalho e da educação na saúde.

A interface da EPS com apoio institucional se dá pelo caráter instituinte, intervencionista e participativo. O apoio é uma função gerencial que reformula o modo tradicional de se fazer coordenação, planejamento, supervisão, avaliação e educação na saúde. É também uma metodologia que adotou como objetivo principal a construção de espaços de análise e interferência no cotidiano, potencializando análises coletivas e participativas. Opera no sentido de intervenção-oferta, ou seja, estar junto com os diferentes sujeitos discutindo e analisando os processos de trabalho e intervindo positivamente nas formas como os serviços estão organizados (PASSOS, 2006).

O apoio institucional consiste em um modo interativo que reconhece a diferença de papéis, de poder e de conhecimento, mas que busca estabelecer relações construtivas entre os distintos atores sociais, na perspectiva de construção de novas práticas de atenção e de gestão dos processos de trabalho (CAMPOS 2003). O conceito Apoio Paidéia foi desenvolvido por Campos (2000), na busca por uma postura metodológica que atendesse as especificidades da gestão em saúde, estabelecendo uma integração entre ações e sujeitos, em função de organizar as intervenções de maneira interativa com os trabalhadores e não sobre eles.

Portanto, a função apoio parte do pressuposto de que as funções de gestão se exercem entre sujeitos, ainda que com diferentes graus de saber e poder, reunidos para desenvolver uma ação, um projeto e/ou uma intervenção no trabalho. Ao reconhecer que a gestão se dá como produto da interação entre pessoas, o Apoio Paidéia disponibiliza recursos metodológicos dedicados a promover interação e estabelecimento de relações construtivas, tendo o contexto social como ponto de partida e de chegada uma realidade a ser transformada pela ação dos sujeitos.

O método Paidéia opera com o conceito ampliado de gestão: função gerencial, política, pedagógica e terapêutica. É um processo social e subjetivo em que pessoas ampliam a sua capacidade de busca e compreensão de si mesmas, dos outros e do contexto no qual estão inseridas, ampliando a possibilidade de agir sobre estas relações.

O Método Paidéia imagina contaminar a política, a gestão, a pedagogia, a clínica e a saúde pública com a lógica desta tríplice determinação: em todas estas maneiras de agir sobre o mundo se misturam poder, saber e afetos, ora equilibrada, ora com predominância de uma dimensão sobre a outra. O Método Paidéia é uma proposta de equilibrar e ponderar essas três dimensões no desenvolvimento do processo de democratização institucional. A Gestão na Saúde Pública geralmente opera sob o pensamento tecnocrático, ou seja, como se houvesse uma diluição da influência destes fatores em função da predominância da técnica, rejeitando-se com isto a circulação de afetos e de saberes (CAMPOS, 2003).

Propõe-se, assim, ampliar a capacidade das pessoas em lidar democraticamente com os elementos de poder, os afetos e o saber. Um bom começo seria ampliar a perspectiva, os métodos e as funções dos supervisores, educadores, coordenadores, gestores em geral para apoiadores institucionais mediante qualificação profissional para o domínio prático e teórico de tais metodologias. O apoiador é o sujeito que pode ajudar a equipe a problematizar suas práticas e ampliar sua capacidade de intervenção no trabalho. Tanto pode atuar como espelho, quanto pode ofertar conhecimentos, valores, dentro de uma ética comum.

## **A EPS entra na roda**

O Apoio Paidéia utiliza o Método da Roda para operar a gestão de coletivos. A EPS quando aliada a esse método tem contribuído com produção de novos padrões de subjetividade da equipe ao organizar um processo coletivo de revisão, análise e reflexão sobre as próprias práticas (CAMPOS, 2000; FURTADO, 2001). No espaço da roda, se ampliou a capacidade de análise e intervenção para uma prática qualificada, permitindo que a formação profissional assegurasse uma assistência à saúde efetiva, equânime e de qualidade (PINTO et al, 2008).

### **A EPS e o conceito de “apoio matricial”**

A estratégia de apoio matricial privilegia o exercício interdisciplinar em função do cuidado integral, racionalizando o acesso e uso de recursos especializados e estimula a ampliação dos limites da clínica na atenção básica, mediante um pacto de corresponsabilização sanitária (CAMPOS, 1999).

O correto entendimento da expressão “apoio matricial” se complementa com o processo de trabalho em “equipes de referência”. Equipes de referência representam um tipo de arranjo que busca mudar o padrão dominante e construir a responsabilidade de pessoas por pessoas. Ou seja, formar uma equipe em que os trabalhadores tenham uma clientela sob sua responsabilidade dentro de um território de abrangência. Assim, é essencial ressaltar que, quando se fala de equipe de referência, refere-se à equipe de Atenção Básica responsável por um indivíduo, família ou comunidade.

O Apoio Matricial atua na dimensão técnico-assistencial e pedagógica, sob três planos fundamentais: troca de conhecimentos entre equipe de referência e apoiador; atendimentos e intervenções conjuntas entre equipe de referência e apoiador; e atendimentos ou intervenções complementares especializadas do próprio apoiador (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

### **A EPS na modalidade da Educação a Distância**

O avanço das Tecnologias da Informação e Comunicação – TIC tem modificado bastante as relações sociais, particularmente os processos de ensino/aprendizagem, tanto na educação presencial quanto na Educação a Distância (EAD). A EAD tem sido uma opção tecnológica para atender demandas educacionais em larga escala e ampliar o acesso ao conhecimento. Desenvolvida em Ambientes Virtuais de Aprendizagem (AVA), essa modalidade de educação reúne mídias que utilizam o ciberespaço para veicular conteúdos e permitir interação entre os atores do processo educativo (PEREIRA, 2007).

Entre os processos em EAD, merece destaque a proposta político-pedagógica criada pelo Ministério da Saúde com a finalidade de atender às necessidades de capacitação e educação permanente dos trabalhadores – o Sistema Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS). Instituído pelo Decreto 7.385 de 8 de dezembro de 2010, o Sistema UNA-SUS tem como objetivo propor ações para atender às necessidades de capacitação e educação permanente dos trabalhadores do SUS por meio de processos formativos ofertados por instituições que integram a Rede UNA-SUS.

Posteriormente regulamentado pela Portaria Interministerial nº 10 de 11 de julho de 2013, o decreto também regulamentou o ingresso de novas instituições de ensino na Rede, com ênfase na modalidade de educação à distância na área da saúde. A UNA-SUS democratizou o acesso ao conhecimento, ofertando educação aos profissionais que atuam no SUS, em diversos níveis acadêmicos, de forma prática e acessível.

Para qualificar os profissionais do SUS, a UNA-SUS adotou estratégias de EPS que articulam a necessidade de saúde, com a necessidade educativa do trabalhador e objetivos de desenvolvimento pessoal e institucional, com destaque à modalidade de ensino a distância, que traz diversas vantagens para o estudante. Outra ferramenta importante é o Acervo de Recursos Educacionais em Saúde (ARES), repositório de livre acesso e que disponibiliza materiais educacionais, utilizados como fonte de pesquisas por alunos ou por instituições interessadas em oferecer cursos na área da saúde.

Além disso, há utilização de novas tecnologias de informação e comunicação nos processos educativos e a articulação de uma rede de instituições que compartilham estruturas de apoio tutorial aos processos de

aprendizagem em saúde. Os cursos oferecem aos gestores ferramentas que apoiam o planejamento, monitoramento e avaliação das ações educacionais em saúde, em particular a Plataforma Arouca, que certifica os alunos.

A proposta didático-pedagógica da UNA-SUS pressupõe uma aprendizagem ativa, fundamentada a partir de saberes prévios, que considera o trabalhador como sujeito na produção de conhecimentos. Nesse contexto, o papel do professor ganha dimensões do facilitador de EPS. Uma vez assumida a perspectiva da aprendizagem, a produção de conhecimento tem sido sistematizada mediante um esforço coletivo dos órgãos do governo, das entidades da sociedade civil e da academia. Um dos papéis da UNA-SUS é ser o elo entre essas instituições. O Programa UNA-SUS no estado de Mato Grosso do Sul, tem inovado acerca dos diferentes métodos de ensino, como a problematização, a aprendizagem baseada em problemas e o ensino por competências.

### **A EPS e Programa Telessaúde**

O Programa Telessaúde Brasil Redes é uma ação nacional que faz uso de modernas Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) para atividades de educação à distância, integrando ensino e serviço por meio de ferramentas que oferecem condições para promover a Teleassistência e a Teleducação. A configuração do modelo Telessaúde para o SUS tomou como base dois problemas centrais, a precariedade na formação em saúde, especialmente na Atenção Básica e a restrição do acesso aos serviços no nível secundário da atenção à saúde (MORAES et al, 2006).

A implementação do Programa iniciou em 2007 com o Projeto Piloto em apoio à Atenção Básica envolvendo nove Núcleos de Telessaúde localizados em universidades nos estados do Amazonas, Ceará, Pernambuco, Goiás, Minas Gerais, Rio de Janeiro, São Paulo, Santa Catarina e Rio Grande do Sul, com a meta de qualificar aproximadamente 2.700 equipes da Estratégia Saúde da Família em todo o território nacional, com objetivos de promover a melhoria da qualidade na Atenção Básica no SUS, redução de custos e de tempo, fixação dos

profissionais de saúde nos locais de difícil acesso e agilidade no atendimento prestado.

O Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica tem como objetivo promover sua integração com o conjunto da Rede de Atenção à Saúde, desenvolver ações de apoio à atenção à saúde e de educação permanente das equipes de Atenção Básica. Dessa forma, tem como perspectiva a melhoria da qualidade do atendimento, a ampliação do escopo de ações ofertadas pelas equipes e o aumento da capacidade clínica (e de cuidado). As principais ofertas do Telessaúde são Teleconsultoria, Segunda Opinião Formativa e Telediagnóstico.

Para estimular o desenvolvimento do Telessaúde Brasil Redes, o Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde contempla o Componente de Informatização e Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica, instituído pela portaria nº 2.554, de 28 de outubro de 2011. A informatização das Unidades Básicas de Saúde (UBS) significa dotá-las de equipamentos de informática, garantir a conectividade e o uso de tecnologias de informação dirigidas. O Telessaúde Brasil Redes disponibiliza aos profissionais e trabalhadores das Redes de Atenção à Saúde no SUS os seguintes serviços:

Teleconsultoria – é uma consulta registrada e realizada entre trabalhadores, profissionais e gestores da área de saúde, por meio de instrumentos de telecomunicação bidirecional, com o fim de esclarecer dúvidas sobre procedimentos clínicos, ações de saúde e questões relativas ao processo de trabalho, podendo ser síncrona (realizada em tempo real, geralmente por chat, web ou videoconferência) ou assíncrona (por meio de mensagens off-line);

Telediagnóstico – é um serviço autônomo que utiliza as tecnologias de informação e comunicação para realizar serviços de apoio ao diagnóstico através de distância e temporal;

Teleducação – conferências, aulas e cursos, ministrados por meio da utilização das tecnologias de informação e comunicação;

Segunda Opinião Formativa – é uma resposta sistematizada, construída com base em revisão bibliográfica, nas melhores evidências científicas e clínicas e no papel ordenador da atenção básica à saúde, a perguntas originadas das teleconsultorias, e selecionadas a partir de critérios de relevância e

pertinência em relação às diretrizes do SUS. O Programa Telessaúde Brasil Redes em Mato Grosso do Sul, foi habilitado em 2010 por ação da Secretaria Estadual de Saúde e contemplou a teleassistência e a teleducação com foco na qualificação da A.B.

### **Rede Universitária de Telemedicina – RUTE**

A Rede Universitária de Telemedicina é uma iniciativa do Ministério da Ciência e Tecnologia, apoiada pela Financiadora de Estudos e Projetos (Finep) e pela Associação Brasileira de Hospitais Universitários (Abrahu) e coordenada pela Rede Nacional de Ensino e Pesquisa (RNP), que visa a apoiar o aprimoramento de projetos em telemedicina já existentes e incentivar o surgimento de futuros trabalhos interinstitucionais.

A RUTE dispõe da infraestrutura de alta capacidade do *backbone* nacional da RNP, a rede Ipê, e das Redes Comunitárias Metropolitanas de Educação e Pesquisa (Redecomep). Essa iniciativa complementa o esforço coordenado de prover uma infraestrutura fim-a-fim adequada ao uso de aplicações avançadas de rede. Através do link da RNP com a Rede Clara – Cooperação Latino-Americana de Redes Avançadas, as instituições participantes contam com a colaboração de redes-parceiras na América Latina, Europa, Japão, Austrália e nos Estados Unidos.

A iniciativa provê serviços de comunicação, assim como parte dos equipamentos de informática e comunicação para os grupos de pesquisa, promovendo integração e conectividade das instituições participantes. A utilização de serviços avançados de rede deverá promover o surgimento de novas aplicações e ferramentas que explorem mecanismos inovadores na educação em saúde, na colaboração à distância para pré-diagnóstico e na avaliação remota de dados de atendimento médico.

A RUTE possibilita, em um primeiro momento, a utilização de aplicativos que demandam mais recursos de rede e o compartilhamento dos dados dos serviços de telemedicina dos hospitais universitários e instituições de ensino e pesquisa participantes da iniciativa. Em um segundo momento, leva os

serviços desenvolvidos nos hospitais universitários do país a profissionais que se encontram em cidades distantes, por meio do compartilhamento de arquivos de prontuários, consultas, exames e segunda opinião.

Sua implantação traz impactos científicos, tecnológicos, econômicos e sociais para os serviços médicos já existentes, permitindo a adoção de medidas simples e de baixo custo, como a implantação de sistemas de análise de imagens médicas com diagnósticos remotos, que pode contribuir muito para diminuir a carência de especialistas, além de proporcionar treinamento e capacitação de profissionais da área médica sem deslocamento para os centros de referência.

### **Grupos de Interesse Especial**

A Rede Universitária de Telemedicina estimula a integração e a colaboração entre profissionais de saúde por meio de Grupos de Interesse Especial (*Special Interest Groups - SIGs*). Os SIGs promovem debates, discussões de caso, aulas e diagnósticos a distância. Atualmente, mais de 300 instituições participam de cerca de 40 SIGs em várias especialidades e sub-especialidades, como: Psiquiatria, Cardiologia, Enfermagem, Oftalmologia, Dermatologia, entre outras.

## **2.5 A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E A DEMANDA EM EPS**

A Organização Pan-Americana de Saúde adotou a Atenção Primária à Saúde como uma estratégia para reorganizar os sistemas de saúde por meio de quatro atributos essenciais: o acesso e utilização dos serviços, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação do cuidado. Tais atributos foram complementados por outros deles derivados, como orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural (MACINKO; HARZHEIM, 2007).

O acesso e utilização referiram-se à organização dos serviços sobre as necessidades de saúde de uma dada população; a longitudinalidade referiu o

cuidado personalizado ao longo do tempo; a integralidade relacionou a capacidade de melhorar a abordagem à saúde das pessoas, ou referência ao serviço mais adequado; e a coordenação do cuidado como a capacidade de coordenar respostas às diversas necessidades a uma atenção integral (STARFIELD, 2002).

Tanto nos países desenvolvidos quanto nos emergentes a APS tem sido ordenadora do sistema de saúde, na expectativa de ampliar sua resolubilidade por menor custo. Pesquisas internacionais demonstraram que sistemas de saúde orientados por objetivos de maior eficiência, equidade e qualidade, relacionaram custo mais baixo, maior qualidade dos serviços e um alto grau de satisfação do usuário. Na América Latina, esses processos foram vinculados às políticas de ajuste macroeconômico e à reforma do Estado, concomitantemente ao aumento impactante da pobreza e das desigualdades sociais (MACINKO; STARFIELD; SHI, 2003).

No Brasil, o sistema de saúde adotado teve antecedentes na Conferência Mundial de Saúde de Alma Ata de 1978 e no Movimento pela Reforma Sanitária, que influenciou e fundamentou a criação do SUS. Tendo sido reconhecido como direito constitucional pelas Leis nº 8.080 e nº 8.142, o SUS construiu uma proposta contra hegemônica, àquelas herdadas da medicina previdenciária e da saúde campanhista (MACINKO, 2006).

A Atenção Básica, que em princípio adotou a porta de entrada e o elenco de serviços do pacote operacional proposto por Starfield (2002), conquistou equivalência à Atenção Primária à Saúde (BRASIL, 2011). No seu percurso histórico, ganhou adeptos da Medicina Familiar nas décadas de 1970 e 1980, a partir do programa de agentes comunitários de saúde (PACS), e, posteriormente, Programa de Saúde da Família (PSF). Uma vez incluído na Norma de Operação Básica, NOB/1996, ganhou sustentabilidade através do Piso da Atenção Básica e introduziu ferramentas de responsabilização da atenção e humanização do cuidado (FONTANIVE, 2009).

Tendo sido regulamentada pela Portaria 648 e revogada pela atual Portaria 2488 – a PNAB elegeu a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como ação prioritária para expansão, consolidação e reorientação do modelo assistencial. Elaborou fundamentos e diretrizes à adscrição de clientela, ao

acesso universal, à coordenação e integralidade do cuidado em seus vários aspectos (BRASIL, 2011).

Em função da regulamentação da Lei nº 8080 por meio do Decreto 7508, de 28 de julho de 2011, reafirmou-se a responsabilidade da Atenção Básica como coordenadora do cuidado e ordenadora das redes de atenção. Tais redirecionamentos demandaram um aumento da capacidade de análise, intervenção no processo de trabalho, assim como ampliação da autonomia dos sujeitos a resolverem problemas de saúde-doença que os afetam. O sucesso dessa relação ausente de objeto direto depende da comunicação entre os membros da equipe de saúde e da interação terapêutica com usuário-família-comunidade, a fim de se promover a saúde integral como direito de cidadania e defesa da vida (FRANCO, MERHY, 2003).

A educação no trabalho enquanto mediadora das relações na produção do cuidado incorporou a subjetividade, a participação, a autonomia para o desenvolvimento do sentido de equipe e do caráter multiprofissional (TESTA, 1992; ALMEIDA; MISHIMA, 2001). À medida que a multiprofissionalidade representou um avanço na configuração do trabalho em equipe na ESF, outros obstáculos estruturais se apresentaram, como a dificuldade na composição da equipe mínima, a situação do trabalho e no agenciamento do modo da equipe de atuar, tanto no sentido laboral da ESF, quanto na perspectiva interacionista com a rede de atenção (BRASIL, 2011).

Tais problemas têm sido responsáveis pela insatisfação de trabalhadores e usuários com o sistema de saúde, comprometendo a qualidade e a continuidade das ações e serviços ofertados à população (FLEGELE et al, 2010). A partir do advento da ESF e ampliação da densidade tecnológica das ações de saúde, tornou-se evidente a percepção da insuficiência das instituições de ensino tradicional para formar trabalhadores para o exercício da AB no SUS, de modo que se tornou evidente a necessidade da EPS para o desenvolvimento do trabalho e das relações na produção do cuidado no SUS.

## **2.6 A EPS EM INTERFACE COM PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO**

Avaliar consiste em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção, com o objetivo de planejar a tomada de decisões. Esse julgamento pode ter sido resultado da aplicação de critérios e de normas, consistindo, então, em uma avaliação normativa. Em contrapartida, quando se quer examinar um procedimento científico e as relações que existem entre os diferentes componentes de uma intervenção, trata-se de uma pesquisa avaliativa. Uma intervenção pode sofrer os dois tipos de avaliação (HARTZ, 1997).

No âmbito das organizações profissionais da AB, a perspectiva de aproximar os elos entre concepção e execução do trabalho insere cotidianamente o planejamento e avaliação no processo de trabalho das equipes, conferindo-lhe uma dinâmica participativa e compartilhamento das responsabilidades com a qualidade das ações de saúde. Tal processo, por si, demanda a problematização e insere a EPS como meio e fim para implementação permanente das práticas em saúde.

No Brasil, o debate em torno da avaliação do resultado das ações e políticas de saúde no SUS envolveu o Ministério da Saúde, os representantes do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass). Tal movimento visou o aprimoramento do modelo de avaliação de desempenho do sistema de saúde, de modo que pudesse tanto mensurar os efeitos das políticas de saúde quanto viabilizar a ampliação do acesso e melhoria da qualidade da atenção básica em todo o país.

Entre os programas de avaliação da qualidade, o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), instituído pela Portaria nº 1.654 GM/MS de 19 de julho de 2011, foi produto de um importante processo de negociação e pactuação nessas três esferas de gestão do SUS. Teve como objetivo principal a avaliação dos resultados da nova política de saúde em todas as suas dimensões, assim como a garantia de transparência nos processos de gestão do SUS, de modo que conferisse visibilidade aos resultados alcançados (BRASIL, 2012).

O estado de Mato Grosso do Sul aderiu ao PMAQ da Atenção Básica, cujo instrumento foi organizado a partir de sete diretrizes que nortearam seu desenvolvimento em parâmetros de comparação entre as equipes de Atenção

Básica. A adesão e a contratualização tiveram caráter voluntário na perspectiva de desenvolvimento da cultura de pactuação na gestão dos recursos e resultados alcançados (BRASIL, 2012).

O desenho organizativo do PMAQ-AB apoiou a organização das agendas das equipes em função das próprias necessidades, facilitando a organização de intervenções intersetoriais, processos de planejamento e análise de indicadores e informações em saúde. Isso possibilitou a comparação dos resultados e análise das informações por métodos complementares, com instrumentos específicos para gestão, equipes de atenção básica e usuários (BRASIL, 2012).

O PMAQ foi organizado em quatro fases complementares. A primeira fase estabeleceu critérios para adesão formal mediante a contratualização de compromissos e indicadores a serem firmados entre as Equipes de Atenção Básica e os gestores municipais, e desses, com o Ministério da Saúde. A segunda fase consistiu na etapa de desenvolvimento do conjunto de ações a serem empreendidas pelas equipes, pelas gestões municipais e estaduais e pelo Ministério da Saúde, visando promover os movimentos para a melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica. Essa fase foi organizada em quatro dimensões: autoavaliação, monitoramento, educação permanente e apoio institucional.

A terceira fase do PMAQ definiu critérios de avaliação externa e verificação das condições de acesso e de qualidade da totalidade de municípios e Equipes da Atenção Básica que participaram do Programa, com vistas à certificação de desempenho das Equipes de Atenção Básica e gestões municipais participantes do PMAQ, assim como a avaliação da rede local de saúde pelas Equipes de Atenção Básica e processos complementares de avaliação da satisfação do usuário e da utilização dos serviços. A quarta fase estabeleceu parâmetros ao processo de certificação e recontratualização das equipes de atenção básica. Com base na avaliação de desempenho de cada equipe, uma nova contratualização de indicadores e compromissos, completa o ciclo de qualidade previsto pelo Programa (FERLA, 2011).

O Manual instrutivo do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade estabeleceu uma interface entre EPS e Apoio Institucional a partir da

sua vertente instituinte, que potencializa a capacidade geradora de autonomia, de autoanálise e autogestão dos trabalhadores, no intuito de conferir sustentabilidade aos processos de mudança que o PMAQ fomentou ou tentou provocar (BRASIL, 2011; PINTO; SOUSA; FLORÊNCIO, 2012).

Apontou como desafios, em geral, a necessidade de qualificação dos processos de trabalho das equipes de AB, caracterizados, de maneira geral, pela sua baixa capacidade de realizar o acolhimento dos problemas agudos de saúde; pela insuficiente integração dos membros das equipes; e pela falta de orientação do trabalho em função de prioridades, metas e resultados, definidos em comum acordo pela equipe, gestão municipal e comunidade.

Estabeleceu como objetivo principal a melhoria do acesso e da qualidade por meio de parâmetros nacionais e internacionais e das boas práticas na AB, tais como: melhorar a utilização dos sistemas de informação, adequar as práticas aos padrões estabelecidos para a AB, incentivar a cultura da avaliação e estimular o foco da AB no usuário. Para além, objetivou promover a qualidade e inovação na gestão da AB, fortalecendo os processos de autoavaliação, monitoramento e avaliação, apoio institucional e educação permanente nas três esferas de governo.

## **2.7 DESAFIOS E POSSIBILIDADES EM EPS NA ATENÇÃO BÁSICA**

O SUS como escola ou uma escola para o SUS?

A educação permanente no SUS se inseriu num contexto tenso, enfrentando desafios e obstáculos estruturais no contexto da atenção, gestão e formação dos profissionais de saúde. No contexto da formação profissional, o perfil de competências e as metodologias educativas ofertadas pelas instituições de ensino se fundamentam na epistemologia do Modelo Biomédico, subsumido no fascínio da especialização, que traduz práticas reducionistas e fragmentadas, reforçando as práticas instituídas nas organizações profissionais em saúde.

No contexto do trabalho, persiste o desafio de se pensar/planejar educação permanente em coerência com a Política Nacional de Educação

Permanente em Saúde, cujos princípios, diretrizes e concepção pedagógica são coerentes com o modelo integral de saúde.

Na gestão, o desafio consiste em planejar a educação dos trabalhadores como uma ação central e finalística no sistema de saúde e, por conseguinte, alinhar seus componentes pedagógico e metodológico ao modelo integral de saúde. Predomina ainda a visão gerencial, que atribui a baixa resolutividade dos serviços à falta de competência dos trabalhadores, os quais devem ser capacitados permanentemente (BRASIL, 2007).

No caso de a instituição demandante ser gestora do SUS, emergem outras dificuldades para a qualificação dos profissionais, como a preocupação com volume de procedimentos, processos eleitoreiros, mudanças de gestão, entre outros problemas adicionais, como dificuldades e atrasos relativos ao repasse financeiro e suspensão de atividades (AGUIAR, 2010). No controle social a EPS com participação popular carece de incentivos mais consistentes.

No tocante à concepção pedagógica, vale conferir às atividades educativas e formativas na AB, uma dinâmica instituinte, com potência de “atravessamento de fronteiras” e promotora da autonomia. Nesse sentido, a EPS na AB assume uma conotação de transformação e não apenas a constatação do cenário atual (CECCIM; FERLA, 2008; PINTO, 2014).

À medida que a EPS configurou-se metodológica e estrategicamente em oportunidade de reformulação das práticas, começou a produzir deslocamentos pontuais nos setores de formação, os quais adotaram características inovadoras do modelo de educação permanente com a construção participativa do projeto pedagógico elaborado a partir das necessidades específicas de aprendizagem de cada categoria profissional (ANDRADE et al, 2004).

Ao passo que tais práticas se reproduziram, a agenda de educação permanente passou a considerar as necessidades referidas pelos profissionais e aquelas expressadas pelos indicadores em coerência com as diretrizes organizacionais. Com isso, ao mesmo tempo, se promoveu tanto a aquisição de competências gerais e específicas pelos profissionais de saúde, quanto a construção dialética dos sujeitos (FONTANIVE, 2009).

Corroboraram Stroschein e Zocche (2012), ao defenderem a EPS como estratégia de formação profissional e de possibilidade real de consolidação do projeto ético-político das equipes, contemplando as políticas públicas, os princípios e as diretrizes do SUS. Nesse sentido, a articulação da Promoção da Saúde e Estratégia de Saúde da Família tem sido uma composição profícua, no sentido de reformulação dos processos de análise e gestão de propostas com base na necessidade de saúde (TESSER et al, 2011).

A sustentabilidade da EPS depende, portanto, da superação de desafios de ordem estrutural, epistemológica e pedagógicos. Para além dos movimentos de mudança, a transição paradigmática ainda requer o desenvolvimento de uma base de apoio institucional para alcançar sustentabilidade. Dentre as possibilidades, tem sido ressaltado o papel indutor do Ministério da Saúde, cuja interação com as universidades e os sujeitos para operacionalização dos cursos seria mais efetiva se houvesse uma política universitária clara em termos administrativos e burocráticos sobre a EPS para o SUS e, principalmente, para a saúde da família (AGUIAR, 2010).

Em contrapartida, as universidades deveriam levar também em conta a demanda emergente em EPS, em atenção às necessidades dos profissionais-alunos, ao invés de reproduzir a oferta de conhecimento aos cursos de graduação. Ainda que se preconizasse o uso de metodologias ativas, o pouco conhecimento dessas estratégias por boa parte do corpo docente recaía no tradicional repasse de informações, o que deveria ser evitado até mesmo na graduação (AGUIAR, 2010).

Entre os desafios que o PMAQ pretende enfrentar para a qualificação da AB, destacam-se inadequações na ambiência e precarização do trabalho, necessidade de qualificação dos processos de trabalho quanto ao acolhimento. E, fundamentalmente a questão do financiamento insuficiente e inadequado da AB, vinculado ao credenciamento de equipes, independentemente dos resultados e da melhoria da qualidade.

Enfim, as ações de EPS coletadas de dados na avaliação externa do PMAQ no cotidiano da AB no Mato Grosso do Sul, tiveram por objetivo analisar as práticas educativas dos trabalhadores da AB em função da participação das equipes em cursos presenciais, troca de experiências, tutoria/preceptoria, ações do telessaúde, EAD/UNA-SUS, RUTE e outras. A análise das interfaces com planejamento e organização do processo de trabalho e apoio institucional visou analisar as possibilidades de atravessamento da EPS no processo de trabalho.

Uma análise comparativa entre os desafios apontados na qualificação da AB e os objetivos propostos no manual instrutivo do PMAQ, percebe-se nuances da visão gerencial, que atribui a baixa resolutividade dos serviços de saúde à falta de competência dos trabalhadores, os quais devem ser treinados e capacitados permanentemente. Ademais, por um recorte dos itens avaliados pelo PMAQ, percebe-se uma visão instrumental da EPS, com finalidade de Apoio Institucional.

### **3. OBJETIVOS**

---

### **3.1. OBJETIVO GERAL**

Analisar as ações de educação permanente em saúde no cotidiano da Atenção Básica em Mato Grosso do Sul com base nos dados da Avaliação Externa do 1º ciclo do PMAQ-AB.

### **3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Verificar a presença e especificidade das ações de Educação Permanente em Saúde ofertadas à Atenção Básica.

Analisar as ações de planejamento e organização do processo de trabalho das equipes em interface à Educação Permanente em Saúde.

Analisar as ações de apoio institucional em interface com a Educação Permanente em Saúde.

## 4. METODOLOGIA

---

#### **4.1 Delineamento do estudo**

Trata-se de um estudo de natureza transversal, analítico que utilizou os dados secundários coletados no primeiro ciclo da fase de Avaliação Externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), no estado de Mato Grosso do Sul. Os dados disponibilizados pelo PMAQ foram obtidos por meio de estudo de ordem multicêntrica, com a participação de Instituições de Ensino e Pesquisa do país e seguido pelo Ministério da Saúde. A Fase de Avaliação Externa do Mato Grosso do Sul ocorreu de junho de 2012 a fevereiro de 2013, e foi coordenado pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul, com a participação da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul e Fiocruz Mato Grosso do Sul.

##### **Cenário, população e objeto de estudo**

O estudo elegeu o estado de Mato Grosso do Sul, cuja população foi estimada em 2.587.260 habitantes distribuídos em 79 municípios (IBGE, 2012). A capacidade instalada de saúde contabilizou 566 unidades básicas de saúde, 546 equipes de saúde da família e 514 equipes de saúde bucal (tipo I e tipo II). Havia 60 Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) implantados em todo o Estado ao final de 2014. O modelo tecnoassistencial que orientava esse nível de atenção é a Estratégia Saúde da Família (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014). Além da expansão na cobertura, o Estado apostou na melhoria do acesso e da qualidade na Atenção Básica e aderiu ao primeiro ciclo de avaliação externa do PMAQ.

A adesão das equipes foi voluntária, e por questões organizacionais, o Ministério da Saúde estabeleceu que no máximo 50% das equipes de Atenção Básica de cada município poderiam aderir ao PMAQ no primeiro ciclo. No Estado houve a adesão de 184 EqSF, as quais receberam a visita *in loco* dos avaliadores do PMAQ, quando foram realizadas entrevistas com usuários, profissionais de saúde e análise documental e da infraestrutura de cada equipe de saúde avaliada. Os avaliadores foram selecionados e treinados para as atividades, utilizando-se um manual elaborado pelo Departamento de Atenção Básica para tal finalidade.

O instrumento de avaliação utilizado no PMAQ foi previamente testado e validado por pesquisadores das Instituições de Pesquisa e Ensino participantes, contendo quatro módulos com questões direcionadas à equipe – relativas ao processo de trabalho das equipes e infraestrutura das unidades – e aos usuários. O Módulo I - Observação na Unidade Básica de Saúde: objetiva avaliar as condições de infraestrutura, materiais, insumos e medicamentos da Unidade Básica de Saúde. O módulo II - Entrevista com o profissional da equipe de Atenção Básica e verificação de documentos na Unidade Básica de Saúde: objetiva obter informações sobre processo de trabalho da equipe e a organização do serviço e do cuidado para os usuários. O módulo III - Entrevista com o usuário na Unidade Básica de Saúde: visa verificar a satisfação e percepção dos usuários quanto aos serviços de saúde no que se refere ao seu acesso e utilização.

O Módulo eletrônico compõe um conjunto de informações complementares aos Módulos I, II e III. Essas informações foram apresentadas pelos gestores no Sistema de Gestão da Atenção Básica (SGDAB), no site do Programa. Os entrevistadores foram capacitados para aplicação do instrumento de avaliação. Após a coleta, os dados foram enviados ao Ministério da Saúde, e posteriormente validados. Após validação, os dados foram disponibilizados às Instituições de Ensino e Pesquisa participantes do PMAQ.

### **Coleta de dados**

Os dados coletados durante o primeiro ciclo da Avaliação Externa do PMAQ foram registrados e armazenados digitalmente em *tablets* por meio de um aplicativo contendo o instrumento de avaliação. A partir dos dados secundários disponibilizados, foram selecionados como objeto de estudo os blocos de questões referentes às ações de EPS desenvolvidas na qualificação das equipes, às ações de planejamento da equipe de Atenção Básica e ações da gestão para organização do processo de trabalho da equipe.

As questões referentes à EPS abordaram ações relacionadas a cursos presenciais, troca de experiência, tutoria/preceptoria. Na modalidade Ensino a Distância, foram analisadas as ações do Sistema Universidade Aberta do SUS (EAD/UNASUS) do Programa Telessaúde e RUTE. Especificamente em relação ao telessaúde, a avaliação investigou as ações de segunda opinião formativa,

telediagnóstico, teleconsutoria e outras atividades interativas. E, por fim, se as ações ofertadas foram suficientes para atender a demanda das equipes.

Os dados relacionados ao planejamento e organização do processo de trabalho, foram coletados em função para análise da periodicidade da “reunião da equipe”, bem como os “temas da reunião da equipe” inclusive os resultados referentes aos “itens considerados pela equipe no planejamento/programação das atividades” desenvolvidas no estado de Mato Grosso do Sul.

Enfim, os dados relacionados ao apoio institucional, foram coletados para análise das ações que o apoiador institucional realizou, das reuniões que participou e os itens considerados pelas equipes de saúde da família na organização do processo de trabalho na Atenção Básica em Mato Grosso do Sul, Brasil.

### **Análise dos dados**

Os dados secundários foram submetidos a tratamento estatístico, com nível de significância de 5% ( $p < 0.05$ ), utilizando-se o *software* SPSS, versão 20.0. A associação entre as variáveis que especificaram as ações e o local (capital e interior) onde elas eram executadas foi realizada por meio do teste do qui-quadrado. A comparação entre as proporções de respostas dos respondentes da capital, com os respondentes das cidades do interior, em relação às “reuniões da equipe de saúde”, aos “temas da reunião de equipe”, bem como aos resultados referentes aos “itens considerados pela equipe no planejamento/programação das atividades” em relação às ações que a equipe participou no último ano, às formas de utilização do Telessaúde e ao instrumento utilizado para autoavaliação da equipe de saúde, incluindo as “atividades que o apoiador institucional realiza” e os “itens considerados pela equipe no planejamento/programação das atividades” foram realizadas por meio do teste z (SHOT, 1990). Os resultados das demais variáveis avaliadas neste estudo foram apresentados na forma de estatística descritiva.

O projeto de pesquisa foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, sob o parecer n.º 164140.671.32111.02122013 de 11/09/2014.

## **5. RESULTADOS**

O PMAQ avaliou as ações da Atenção Básica no estado de Mato Grosso do Sul nos eixos estrutura, processo e pesquisa ao usuário. A proposta desta dissertação foi combinar a apresentação dos resultados e discussões inerentes ao eixo do processo de trabalho, com referência às ações de educação permanente em interface com ações de planejamento e apoio institucional. Os resultados e discussão serão apresentados em forma de dois artigos.

Respondendo ao primeiro objetivo específico, o primeiro artigo 1 analisou a presença e especificidade das ações de educação permanente, organizadas em cursos presenciais, troca de experiência, telessaúde, ensino a distância e tutoria/preceptoria. Este artigo foi publicado na Revista Saúde em Debate, v. 39, n. 104, jan-mar 2015.

Em resposta ao segundo e terceiro objetivos específicos, foi construído o artigo 2, que analisou as ações de planejamento e organização do processo de trabalho das equipes, bem como as atividades que o apoiador realiza, principais enfoques e perspectivas de aproximação entre as ações da equipe e as da gestão, em interface com a educação permanente.

## **Ações de Educação Permanente no cotidiano da Atenção Básica do SUS no Mato Grosso do Sul**

*Continuing education actions in the daily of SUS Primary Care in Mato Grosso do Sul*

### **RESUMO**

O artigo analisou as ações de Educação Permanente em Saúde, de planejamento e da gestão na Atenção Básica em Mato Grosso do Sul, Brasil, na perspectiva de 184 equipes participantes da primeira fase do PMAQ (Programa de Acesso e Melhoria da Qualidade), de junho de 2012 a fevereiro de 2013. Entre as ações de Educação Permanente, os cursos presenciais foram mais prevalentes, seguidos por troca de experiência, teleeducação, ensino à distância e tutoria/preceptoria, tanto na capital quanto no interior. As ações de planejamento e apoio à gestão foram mais prevalentes na capital. As ações de apoio da gestão estavam diretamente relacionadas com o planejamento e a organização do processo de trabalho.

**PALAVRAS-CHAVE** Educação continuada; Saúde da família; Avaliação.

### **ABSTRACT**

*The article analyzed the actions of Continuing Education in Health, planning and management in Primary Care in Mato Grosso do Sul, Brazil, from the perspective of 184 participating teams in the first stage of PMAQ (Access and Quality Improvement Program), from June 2012 to February 2013. Among the actions of Continuing Education, the classroom courses were more prevalent, followed by an exchange of experience, tele-education, distance learning and mentoring / preceptorship, both in the capital and in the country. The planning and management support actions were more prevalent in the capital. The management support actions were directly related to the planning and to the organization of the work process.*

**KEYWORDS:** *Continuing education; Family health; Evaluation.*

## Introdução

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) surgiu em 1990, com a proposta de reestruturação do modelo de atenção à saúde, e teve como centralidade os princípios de universalidade no acesso, equidade e integralidade na atenção e participação popular na gestão, em contraposição ao modelo de atenção vigente (BRASIL, 1990). Desde a sua criação, o SUS passou por transformações importantes, visando a modificar o desenho e as operações da política de saúde, e, recentemente, situou a Atenção Básica (AB) como ordenadora das redes de atenção, equiparando-a aos padrões dos sistemas de saúde dos países em desenvolvimento e aos parâmetros de qualidade e acessibilidade da Atenção Primária à Saúde (STARFIELD, 2002; MACINKO; STARFIELD; SHI, 2003; BRASIL, 2012a).

A partir da definição da Estratégia de Saúde da Família como coordenadora do cuidado, houve a percepção da insuficiência dos setores de formação em atender às necessidades de qualificação profissional, de modo que valorizasse o potencial educativo do trabalho como fonte de conhecimento e local de aprendizagem significativa. Nesses termos, o Ministério da Saúde reafirmou, através da portaria GM/MS 1996, a Política Nacional de Educação Permanente como uma estratégia educativa para desenvolvimento do SUS (BRASIL, 2007; CECCIM, 2005).

A formulação dessa política concebeu várias ideologias e movimentos de mudança na educação em saúde como resultado de concepções pedagógicas baseadas na pedagogia freireana, mais afeita aos movimentos de mudança nas práticas de atenção à saúde (VALLA; STOTZ, 1994). Incorporou um forte contorno da autonomia intelectual do movimento institucionalista, de modo a imprimir mudanças na gestão (CAMPOS, 2003). Além disso, produziu deslocamentos nos setores de formação a partir da introdução da noção de quadrilátero da Educação Permanente (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Entre os desafios reconhecidos pela gestão do SUS, a Educação Permanente dos trabalhadores assumiu relevância, pois apresentou-se como recurso indispensável para ampliar sua capacidade de autoavaliação e autogestão. Isso devido à metodologia problematizadora, que visa à

reorganização das práticas a partir das lacunas existentes entre o cenário real e as ideologias do sistema de saúde.

Tais necessidades emergiram no estado do Mato Grosso do Sul, a partir da adesão ao Programa de Expansão da Estratégia de Saúde da Família (PROESF) e da percepção da insuficiência dos setores de formação em atender às competências profissionais exigidas para a Estratégia Saúde da Família (ESF). Nesse cenário, cuja população somava 2.449.024 habitantes, distribuídos em 79 municípios, a cobertura da Estratégia ESF alcançou, em 2014, 68,4%, com 541 Equipes de Saúde da Família (EqSF) implantadas. A Saúde Bucal alcançou 62,99%, com 526 equipes de saúde bucal, sediadas em 566 unidades básicas de saúde (IBGE, 2010; BRASIL, 2014a; BRASIL, 2013).

A preocupação em articular a educação dos trabalhadores com a resolubilidade da AB/ESF induziu à elaboração de dois Planos Estaduais de Educação Permanente em Saúde (PEEPS), no âmbito das Comissões Intergestores Regionais (CIR), com a participação da Comissão de Integração de Ensino e Serviço (CIES), os quais foram homologados na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) (MS, 2010; MS, 2011). Além da expansão, a preocupação com o tema qualidade levou o estado a aderir ao Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), criado em 2011, por meio da Portaria GM/MS 1.654 (BRASIL, 2012b).

Como política indutora da melhoria do acesso e da qualidade da atenção à saúde, o PMAQ concluiu o primeiro ciclo de avaliações em 2013, junto às EqSF e de Atenção Básica parametrizadas que aderiram ao programa. Previu a realização de processos indutores de melhores resultados das equipes de saúde em associação às gestões municipais, estaduais e federal, com o intuito de proporcionar melhoria no acesso na qualidade da atenção à saúde ofertada à população.

Trata-se de um processo complexo, organizado em quatro fases: Adesão e contratualização; Desenvolvimento; Avaliação Externa; e Recontratualização. Na fase da Avaliação Externa, foi definido um conjunto de ações visando a investigar as condições de acesso e de qualidade da atenção na totalidade de municípios e equipes de Atenção Básica que aderiram ao programa (PINTO; SOUSA; FLORENCIO, 2012).

Anteriormente ao processo de avaliação externa do PMAQ, não foram encontrados registros de estudo ou pesquisa que produzissem informações consistentes sobre a presença e as características das ações de Educação Permanente no cotidiano das EqSF que subsidiassem a elaboração de projetos coerentes com a necessidade de desenvolvimento profissional/institucional do SUS em Mato Grosso do Sul.

Trata-se, pois, de um estudo inédito, que teve como pressuposto a escassez de informações sobre tais ações, situação que tem dificultado a análise da educação dos trabalhadores, a caracterização da necessidade formativa e a formulação de políticas públicas de formação e qualificação profissional para o SUS, principalmente na AB/ESF. Portanto, teve por objetivo analisar a prevalência e as características das ações de Educação Permanente e as ações de planejamento e da gestão em interface com a EPS, no cotidiano da Atenção Básica do SUS, no Estado de Mato Grosso do Sul, a partir da coletânea de dados revelados pela Avaliação Externa do PMAQ-AB ciclo 1.

## **Metodologia**

Foi realizado um estudo observacional analítico transversal, utilizando os dados provenientes do primeiro ciclo da fase de Avaliação Externa do PMAQ, no estado do Mato Grosso do Sul. O estudo foi de ordem multicêntrica, com a participação de Instituições de Ensino e Pesquisa do país e seguido pelo Ministério da Saúde. A Fase de Avaliação Externa do Mato Grosso do Sul ocorreu de junho de 2012 a fevereiro de 2013, e foi coordenada pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul, com a participação da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul e da Fiocruz Mato Grosso do Sul.

A adesão das equipes foi voluntária, e, por questões organizacionais, o Ministério da Saúde estabeleceu que no, máximo, 50% das equipes de Atenção Básica de cada município poderiam aderir ao PMAQ no primeiro ciclo. No estado, houve a adesão de 184 EqSFs, as quais receberam a visita *in loco* dos avaliadores do PMAQ, quando foram realizadas entrevistas com usuários, profissionais de saúde e análise documental e da infraestrutura de cada equipe de

saúde avaliada. Os avaliadores foram selecionados e treinados para as atividades, utilizando-se um manual elaborado pelo Departamento de Atenção Básica para tal finalidade.

Os dados coletados foram registrados e armazenados digitalmente em tablets, por meio de um aplicativo com o instrumento de avaliação. O instrumento de avaliação foi previamente testado e validado por pesquisadores das Instituições de Pesquisa e Ensino participantes do PMAQ, contendo três módulos com questões direcionadas à equipe – relativas ao processo de trabalho das equipes e à infraestrutura das unidades – e aos usuários. Após a coleta, os dados foram enviados ao Ministério da Saúde e, posteriormente, validados. Após validação, foram disponibilizados às Instituições de Ensino e Pesquisa participantes do PMAQ.

A partir da coletânea de dados secundários obtidos, foram selecionados como objeto de estudo os blocos de questões referentes às ações de Educação Permanente desenvolvidas na qualificação das equipes e ações de planejamento da equipe de Atenção Básica e da gestão para organização do processo de trabalho da equipe.

Os dados obtidos foram submetidos a tratamento estatístico, com nível de significância de 5% ( $p < 0.05$ )<sup>16</sup>, utilizando-se o *software* SPSS, versão 20.0. A associação entre as variáveis que especificaram as ações e o local (capital e interior) onde elas eram executadas foi realizada por meio do teste do qui-quadrado. A comparação entre as proporções de respostas dos respondentes da capital com os respondentes das cidades do interior, com relação às ações das quais a equipe participou no último ano, às formas de utilização do Telessaúde e ao instrumento utilizado para autoavaliação da equipe de saúde, foi realizada por meio do teste z. Os resultados das demais variáveis avaliadas neste estudo foram apresentados na forma de estatística descritiva (SHOTT, 1990). O projeto de pesquisa foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob o parecer n.º 21904, de 01/03/2012.

## Resultados

Os resultados apresentados foram referentes à totalidade das equipes que aderiram ao 1º ciclo do PMAQ no estado do Mato Grosso do Sul: 184 EqSF, sendo 33 de Campo Grande (capital) e 151 de municípios do interior do estado.

Dos 184 entrevistados neste estudo, 92,9% (n=171) responderam que no município foram desenvolvidas ações de Educação Permanente envolvendo profissionais da Atenção Básica. Entre os que responderam afirmativamente, 100% dos respondentes das equipes de Campo Grande (n=33) relataram que essas ações são desenvolvidas, enquanto, no interior, 91,4% (n=138) dos respondentes confirmaram que tais ações aconteceram em seus municípios. Não houve associação significativa entre a realização dessas ações de Educação Permanente e o local (capital e interior) onde elas eram executadas (teste do qui-quadrado, p=0,080).

Com relação à característica, observa-se na tabela 1 que os cursos presenciais foram as ações de Educação Permanente mais realizadas no estado no último ano, e que as ações referentes à Telessaúde, Tutoria/preceptoria e Rede Universitária de Telemedicina (Rute) foram mais realizadas na capital do que nos municípios do interior.

Tabela 1. Resultados referentes à Educação Permanente no estado do Mato Grosso do Sul, com subdivisão entre a capital, Campo Grande, e as demais cidades do interior

Variável/Resposta	Local		Valor de p	Total
	Campo Grande	Interior		
<b>Há no município ações de educação permanente que envolvam profissionais da atenção básica?</b>	<b>(n=33)</b>	<b>(n=151)</b>		<b>(n=184)</b>
Sim	100,0 (33)	91,4 (138)	0,080	92,9 (171)
Não	0,0 (0)	8,6 (13)		7,1 (13)
<b>Ações de que a equipe participa ou participou no último ano</b>	<b>(n=33)</b>	<b>(n=138)</b>		<b>(n=171)</b>
Cursos presenciais	93,9 (31)	84,1 (116)	0,239	86,0 (147)

Troca de experiência	81,8 (27)	68,1 (94)	0,180	70,8 (121)
Telessaúde	81,8 (27)	55,1 (76)	<b>0,009</b>	60,2 (103)
EAD/UNA-SUS	45,5 (15)	37,7 (52)	0,531	39,2 (67)
Tutoria/preceptoria	57,6 (19)	15,9 (22)	<b>&lt;0,001</b>	24,0 (41)
Rede Universitária de Telemedicina (Rute)	24,2 (8)	1,4 (2)	<b>&lt;0,001</b>	5,8 (10)
Outros	3,0 (1)	7,2 (10)	0,624	6,4 (11)
<b>A equipe utiliza o Telessaúde para</b>				
	<b>(n=27)</b>	<b>(n=76)</b>		<b>(n=103)</b>
Teleconsultoria	51,9 (14)	56,6 (43)	0,844	55,3 (57)
Segunda opinião formativa	59,3 (16)	51,3 (39)	0,623	53,4 (55)
Telediagnóstico	29,6 (8)	15,8 (12)	0,203	19,4 (20)
<b>Essas ações de Educação Permanente contemplam as demandas e necessidades da equipe?</b>				
	<b>(n=33)</b>	<b>(n=138)</b>		<b>(n=171)</b>
Sim	100,0 (33)	72,5 (100)	<b>0,001</b>	77,8 (133)
Não	0,0 (0)	27,5 (38)		22,2 (38)

Fonte: BRASIL, 2013

Os dados estão apresentados em frequência relativa (frequência absoluta). Valor de p no teste do qui-quadrado. Os valores de p significativos estão apresentados em negrito

Os resultados mostrados pela tabela 2 são referentes às atividades de planejamento das ações em saúde no estado do Mato Grosso do Sul. Nos últimos doze meses, com subdivisão entre a capital, Campo Grande, e as demais cidades do interior, as atividades foram realizadas por 83,2% das equipes, sem diferença significativa entre capital e interior. Entretanto, a existência de documentação que comprove tais ações é, significativamente, menor no interior em relação à capital, assim como a definição de resultados e metas para acompanhamento do plano de ação.

Tabela 2. Resultados referentes às atividades de planejamento das ações em saúde no estado do Mato Grosso do Sul, com subdivisão entre a capital, Campo Grande, e as demais cidades do interior

Variável/Resposta	Local		Valor de p	Total
	Campo Grande	Interior		
<b>Nos últimos 12 meses, a equipe realizou alguma atividade de planejamento de suas ações?</b>				
	(n=33)	(n=151)		(n=184)
Sim	87,9 (29)	82,1 (124)	0,690	83,2 (153)
Não	12,1 (4)	16,6 (25)		15,8 (29)
Não sabe/não respondeu	0,0 (0)	1,3 (2)		1,1 (2)
<b>Existe documento que comprove</b>				
	(n=29)	(n=124)		(n=153)
Sim	89,7 (26)	47,6 (59)	<0,001	55,6 (85)
Não	10,3 (3)	52,4 (65)		44,4 (68)
<b>Foi realizado processo de levantamento de problemas</b>				
Sim	100,0 (29)	88,7 (110)	0,114	90,8 (139)
Não	0,0 (0)	10,5 (13)		8,5 (13)
Não sabe/não respondeu	0,0 (0)	0,8 (1)		0,7 (1)
<b>Foram elencadas prioridades</b>				
Sim	100,0 (29)	92,7 (115)	0,343	94,1 (144)
Não	0,0 (0)	6,5 (8)		5,2 (8)
Não sabe/não respondeu	0,0 (0)	0,8 (1)		0,7 (1)
<b>Foi estabelecido um plano de ação</b>				
Sim	96,6 (28)	86,3 (107)	0,253	88,2 (135)
Não	3,4 (1)	12,9 (16)		11,1 (17)
Não sabe/não respondeu	0,0 (0)	0,8 (1)		0,7 (1)
<b>Foram definidos resultados e metas para acompanhamento do plano</b>				

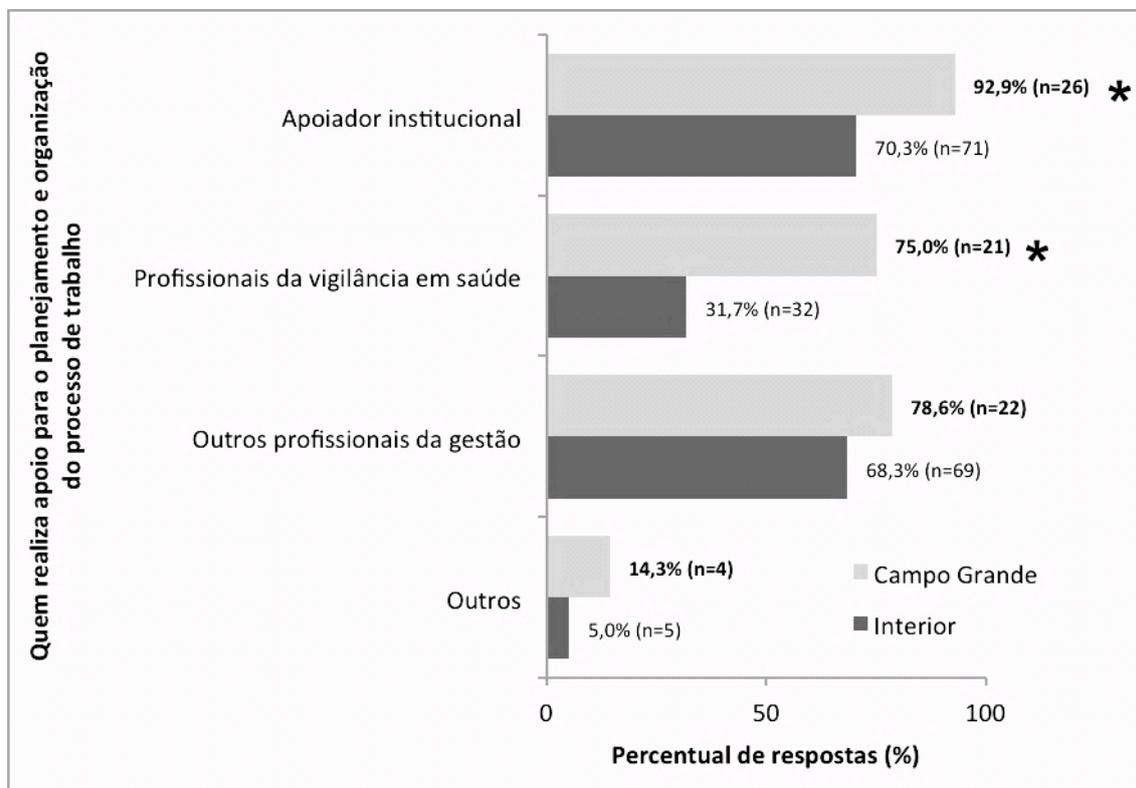
Sim	93,1 (27)	72,6 (90)	0,041	76,5 (117)
Não	6,9 (2)	26,6 (33)		22,9 (35)
Não sabe/não respondeu	0,0 (0)	0,8 (1)		0,7 (1)

Fonte: PMAQ, 2013

Os dados estão apresentados em frequência relativa (frequência absoluta). Valor de p no teste do qui-quadrado. Os valores de p significativos estão apresentados em negrito

No tocante ao apoio recebido pelas equipes para planejamento e organização do processo de trabalho, a figura 1 demonstra que 70% das equipes informaram que têm apoio para tais ações.

Figura 1. Gráfico apresentando a distribuição dos respondentes das equipes de saúde, de acordo com as respostas de quem realiza apoio para o planejamento e a organização do processo de trabalho dos profissionais das equipes de saúde, na cidade de Campo Grande e nas demais cidades do interior do estado do Mato Grosso do Sul



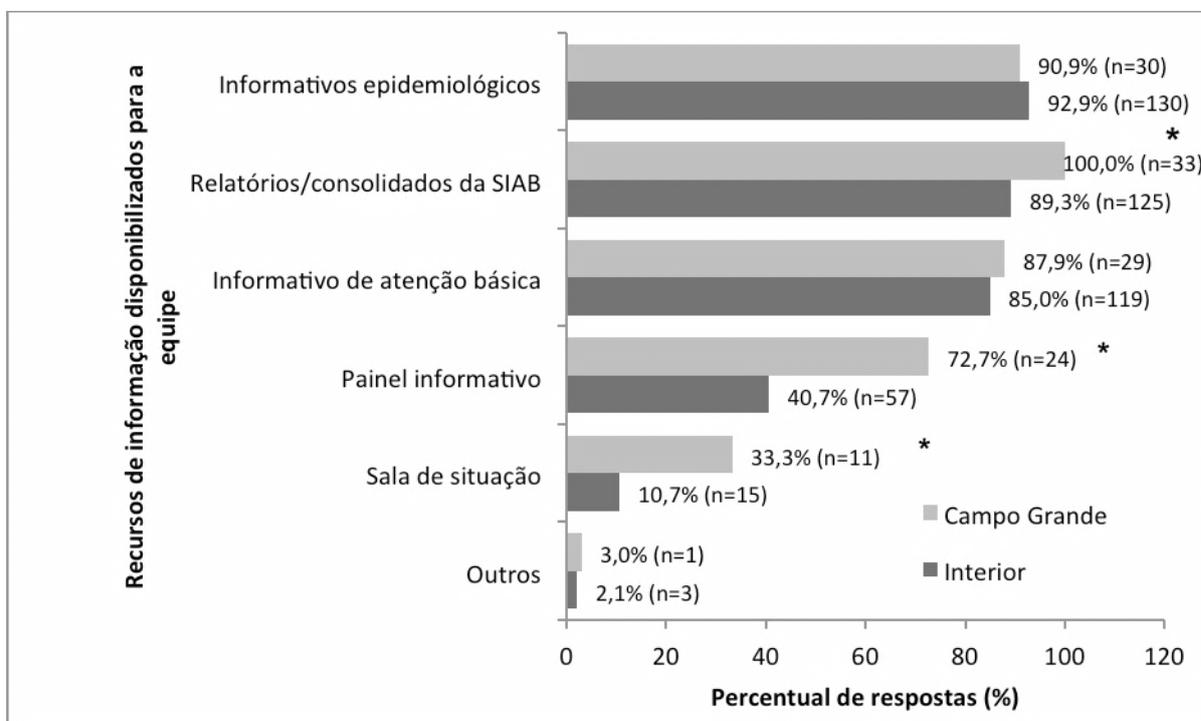
Fonte: BRASIL, 2013

Cada barra representa o valor percentual de respondentes

\* Diferença significativa em relação ao interior (teste do qui-quadrado,  $p < 0,05$ )

A maior parte dos entrevistados relatou que a gestão disponibilizava informações que auxiliavam na análise de situação de saúde do território de ação das equipes (94,0%). Na capital, houve maior disponibilização de alguns recursos em relação ao interior, como consta na figura 2.

Figura 2. Gráfico apresentando a distribuição dos respondentes das equipes de saúde, de acordo com os recursos de informação disponibilizados para as equipes de saúde, na cidade de Campo Grande e nas demais cidades do interior do estado do Mato Grosso do Sul



Fonte: BRASIL, 2013

Cada barra representa o valor percentual de respondentes

\* Diferença significativa em relação ao interior (teste do qui-quadrado,  $p < 0,05$ )

Na tabela 3, é possível conferir que a gestão apoiou a discussão dos dados de monitoramento do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e os processos de autoavaliação realizados pelas equipes, tanto na capital quanto no interior, porém, no interior, tais ações foram menos comprovadas. A capital utilizou mais o instrumento de Avaliação para Melhoria da Qualidade (AMQ), e o

interior preferiu aquele de Avaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade (AMAQ).

Tabela 3. Resultados referentes às ações de apoio da gestão no estado do Mato Grosso do Sul, com subdivisão entre a capital, Campo Grande, e as demais cidades do interior.

Variável/Resposta	Local		Valor de p	Total
	Campo Grande	Interior		
<b>A equipe recebe apoio da gestão na discussão dos dados de monitoramento do SIAB</b>				
	(n=33)	(n=151)		(n=184)
Sim	97,0 (32)	78,1 (118)	<b>0,012</b>	81,5 (150)
Não	3,0 (1)	21,9 (33)		18,5 (34)
<b>Foi realizado algum processo de autoavaliação pela equipe nos últimos seis meses</b>				
Sim	81,8 (27)	71,5 (108)	0,431	73,4 (135)
Não	18,2 (6)	27,2 (41)		25,5 (47)
Não sabe/não respondeu	0,0 (0)	1,3 (2)		1,1 (2)
<b>Existe documento que comprove</b>				
	(n=27)	(n=108)		(n=135)
Sim	88,9 (24)	63,9 (69)	<b>0,023</b>	68,9 (93)
Não	11,1 (3)	36,1 (39)		31,1 (42)
<b>Qual o instrumento/fonte utilizada</b>				
AMAQ	25,9 (7) <sup>b</sup>	85,2 (92) <sup>a</sup>	<b>&lt;0,001</b>	73,3 (99)
AMQ	70,4 (19) <sup>a</sup>	1,9 (2) <sup>b</sup>		15,6 (21)
Instrumento desenvolvido pelo município/equipe	0,0 (0) <sup>a</sup>	7,4 (8) <sup>a</sup>		5,9 (8)
Outros	3,7 (1) <sup>a</sup>	5,6 (6) <sup>a</sup>		5,2 (7)

Fonte: BRASIL, 2013

Os dados estão apresentados em frequência relativa (frequência absoluta). Valor de p no teste do qui-quadrado. Os valores de p significativos estão apresentados em negrito. Letras diferentes na linha, referentes ao instrumento que usa para autoavaliação, representam diferença significativa entre Campo Grande e cidades do interior do estado do Mato Grosso do Sul no teste z ( $p < 0,001$ )

## Discussão

O Sistema Único de Saúde, ao adotar o conceito ampliado de saúde e a integralidade nas práticas de atenção e gestão, colocou no centro do debate a questão da formação dos profissionais de saúde, na medida em que a concepção integral do ser humano, a indissociabilidade entre teoria e prática, tornou-se premente para o adequado exercício laboral (TESSER *et al.*, 2011). Embora a mudança organizacional tenha sido orientada sob o sentido da integralidade, persistiu como desafio a articulação da riqueza da diversidade social e cultural na formação dos profissionais de saúde (RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2004).

Foi com o propósito de evidenciar caminhos da EPS e para a EPS que o presente estudo iniciou a análise da educação dos trabalhadores do SUS em Mato Grosso do Sul. Nesse sentido, foi positivo constatar que as ações de EPS estiveram presentes no cotidiano da Atenção Básica, visto que a quase totalidade das equipes informou que foram desenvolvidas 'ações de Educação Permanente que envolveram profissionais da Atenção Básica'.

Todavia, a predominância de cursos presenciais relatados como as ações mais realizadas pelas equipes, tanto na capital quanto no interior, indica que a essência e a complexidade da proposta da EPS, possivelmente, não tenham sido aprofundadas o suficiente para uma mudança de paradigma. Rezende (2002) e Davini (2009) destacaram que ações indicadas como EPS tanto poderiam contribuir para a implementação de mudanças, quanto para reforçar as práticas educativas fortemente instituídas, que perpetuam o modelo hegemônico na formação dos profissionais de saúde (ALMEIDA FILHO, 2011, 2013).

Tal fato corrobora o estudo de Tesser *et al.* (2011), evidenciando que, entre as EqSF, o conceito vigente de Educação Permanente mais se aproximava de educação continuada e que a análise da realidade social era superficial, realizada com dados fragmentados (oriundos do Sistema de Informação da Atenção Básica); que não chegavam a compor uma informação consistente que subsidiasse ações de planejamento e avaliação. Nesse sentido, as características que confeririam originalidade à política de EPS, como a porosidade da realidade

social e a lógica ascendente e transdisciplinar, permaneceriam em estado latente (CECCIM, 2004).

Vale lembrar que a Portaria GM/MS1996, de 2007, adotou a EPS como um conceito pedagógico para adultos trabalhadores da saúde para qualificar os segmentos da gestão, da atenção e do controle social, com objetivos de desenvolvimento profissional e institucional, atribuindo-lhe uma característica dialética e geradora de autonomia, derivada da pedagogia freireana. Para além, também foi concebida como um desdobramento do Movimento Institucionalista em Educação, ao introduzir conceitos de autoanálise e autogestão na dinâmica da organização do trabalho (CECCIM, 2005; BRASIL, 2007).

Por sua característica ascendente, a EPS tem foco no processo de trabalho em saúde, local de encontro, de troca de saberes, que, ao promover o diálogo entre as políticas públicas e a singularidade dos lugares e das pessoas, valoriza o potencial educativo do trabalho com possibilidade de recomposição das práticas de saúde (CECCIM, 2004). Daí, a necessidade de que os aspectos metodológicos que a suportam sejam bem definidos e rompam com os paradigmas reducionistas fortemente arraigados nessa área de atuação.

Nesse sentido, a 'troca de experiências', ação de EPS que obteve o segundo lugar mais relatado pelas equipes na capital e terceiro no interior, deveria estar ancorada na possibilidade de ruptura com as práticas educativas fragmentadas e descontextualizadas. E, uma vez incorporada ao cotidiano do trabalho, cumpriria com objetivos de reorientar a educação dos trabalhadores por meio da educação problematizadora e da aprendizagem significativa (PAULINO *et al.*, 2012 ).

Segundo estudos de Rodrigues, Vieira e Torres (2010), as trocas de experiências desenvolvidas na metodologia da Educação Permanente constataram integração entre ensino, serviço e comunidade, em função do planejamento e da execução integrados de programa educativo. Tais características, quando presentes nos encontros da equipe, tendem a impulsionar o movimento de emancipação do modelo hegemônico de educação em saúde e o processo de transformação da cultura da saúde (ROVERE, 2005).

Ao propor o equilíbrio entre a dinâmica instituída e a instituinte, na complexa realidade do setor saúde, a Educação Permanente contribuiria para o

avanço da implementação da reforma sanitária brasileira, a partir da reorganização das estruturas de gestão, atenção, formação e dos respectivos papéis (COTRIM-GUIMARÃES, 2009).

A questão metodológica tem sido um desafio junto aos novos programas dedicados ao desenvolvimento da EPS na modalidade à distância, com destaque, neste estudo, ao Programa Telessaúde/MS e EAD/UNA-SUS. No tocante à experiência do Programa Telessaúde/MS, foi detectado percentual significativamente maior de acesso e utilização na capital, fato que chama a atenção em função de a sua implantação ter sido iniciada nas regiões mais distantes do estado. Emerge daí o pressuposto da pouca disseminação das Tecnologias de Informação e Comunicação virtuais nas regiões mais longínquas da capital.

No entanto, CORREIA *et al.*, (2012). ressaltaram que o uso de recursos de Educação à Distância (EAD) deveria ser encarado como forma de ampliação do acesso à educação e, no caso da saúde, às melhores evidências disponíveis, e não como precarização da educação, ao passo que potencializa a facilidade da disseminação da informação e do desenvolvimento profissional através das TIC, para uma articulação necessária entre saber e prática (GARCIA-BARBERO, 2006). Andrade (2011), Cunha (2009) e Faria (2010) consideraram que a EPS pode e deve ser realizada através do EAD, enfatizando sua potência para a implementação da aprendizagem significativa.

Por sua vez, a Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) configurou uma estratégia governamental para atender às necessidades de formação em larga escala, que tem, entre outros, o objetivo de apoiar a implantação da política de Educação Permanente no SUS (BRASIL, 2009). A proposta didático-pedagógica da UNA-SUS adotou metodologias de aprendizagem ativa (MITRE *et al.*, 2013), viabilizada por meio do ensino à distância, e ampliou equitativamente a oferta de pós-graduação em Atenção Básica em Saúde da Família no Mato Grosso do Sul e nos demais estados federativos. As ações da EAD/UNA-SUS ocuparam a quarta posição no interior e quinta na capital quanto à utilização, sem diferença significativa em ambos os locais.

Em função de se elencar possibilidades à práxis da Educação Permanente no cotidiano das EqSF, foram analisadas as ações de planejamento

e ações da gestão em interface com a EPS. Foi positivo constatar a utilização de metodologia problematizadora no desenvolvimento das ações de planejamento, pois identificou possibilidades de se viabilizar a práxis da EPS. Ambos os locais estabeleceram planos de ação, porém, os municípios do interior demonstraram maior dificuldade do que a capital em definir resultados e metas para acompanhamento do plano.

Boa parte das equipes relatou que recebe apoio da gestão para planejamento e organização do processo de trabalho, porém, o percentual de apoiadores institucionais foi maior na capital do que no interior, estabelecendo uma correlação entre as ações da gestão e sua influência na organização do processo de trabalho das equipes. Esse é um dado promissor, tendo em vista que as ações de EPS, quando presentes no cotidiano da gestão e das equipes, tendem a ser mais profícuas em presença de apoio da gestão (GARAY; SCHEFFER, 1997).

Ressalta-se a questão dos desafios na gestão do trabalho e da educação dos profissionais de saúde no Brasil (ALMEIDA, 2013), que deve contemplar a necessidade de saúde na construção de desenhos curriculares que incluam o ideário do SUS e que estimulem o desenvolvimento de competências, habilidades e atitudes para o trabalho em equipe, imprimindo qualidade e humanização na atenção e na gestão das ações de saúde.

## **Conclusões**

Os resultados demonstraram que, embora as ações de Educação Permanente tenham obtido um percentual expressivo a partir dos relatos das equipes avaliadas, não foi possível afirmar, neste estudo, as configurações conceitual e metodológica utilizadas nas avaliações de tais ações. Os cursos presenciais e a troca de experiências geralmente seguem o modelo assistencial adotado pela instituição de saúde, o que não ficou evidente nos resultados apresentados.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, N. M. Contextos, impasses e desafios na formação de trabalhadores em Saúde Coletiva no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 18, p. 1677-1682, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n6/19.pdf>>. Acesso em: 30 mai. 2014.

\_\_\_\_\_. Ensino superior e os serviços de saúde no Brasil. 2011. *Lancet*. Disponível em: <<http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilporcom4.pdf>>. Acesso em: 30 mai. 2014.

ANDRADE C. S. G. C. *Agentes comunitários de saúde e os desafios da educação permanente: reflexões sobre a experiência do programa Telessaúde Brasil*. 2011. 119p. Núcleo Rio de Janeiro. Dissertação (Mestrado) Universidade do Estado do Rio de Janeiro/UERJ, Rio de Janeiro, 2011.

BRASIL. Lei 8.142, de 28 de setembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 31 dez. 1990, p. 25694.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. *Portaria n.º 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. 2007. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2007/GM/GM-1996.htm>>. Acesso em: 10 dez. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)*. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Brasília, 2012b.

\_\_\_\_\_. DATASUS. *Quantidade por Unidade Federação segundo Município Unidade Federação: Mato Grosso do Sul*. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/equipebr.def>>. Acesso em: 30 mar. 2014a.

\_\_\_\_\_. Departamento de Atenção Básica. *DAB: Sistema de Apoio à Gestão*. Disponível em: <<http://189.28.128.178/sage/sistemas/relatorio/relnovo.php>>. Acesso em: 30 mar. 2014b.

\_\_\_\_\_. Departamento de Atenção Básica. *Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal Unidade Geográfica: Estado – MS*. 2013. Disponível em:

<[http://dab.saude.gov.br/dab/historico\\_cobertura\\_sf/historico\\_cobertura\\_sf\\_relatori\\_o.php](http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatori_o.php)>. Acesso em: 30 mar. 2014c.

CARNEIRO, V. F.; BRANT, L. C. Telessaúde: dispositivo de educação permanente em saúde no âmbito da gestão de serviços. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde*, Brasília, v. 04, n.02 p. 494-516, 2013.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 161-177, set 2004-fev 2005. Disponível em: <<http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/textos%20eps/educacaoopermanente.pdf>>. Acesso em 30 mar. 2014.

CECCIM, R.B.. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. *Ciência & saúde coletiva*. v.10, n. 4, p.975-986. Rio de Janeiro, 2005. Disponível em [www.lume.ufrgs.br/handle/10183/20113?locale=pt\\_BR](http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/20113?locale=pt_BR). Acesso em 25 jan 2015.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis*, v. 14 n. 1, p. 41-65. Rio de Janeiro 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v14n1/v14n1a04.pdf>>. Acesso em 23 mar. 2014.

CORREIA, A. D. M. S; et al. Telessaúde Brasil redes e teleodontologia: relato da experiência em Mato Grosso do Sul. *J Bras Tele*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p.887-895, abr./jun. 2012.

COTRIM-GUIMARÃES I. M. A. *Programa de educação permanente e continuada da equipe de enfermagem da clínica médica do Hospital Universitário Clemente de Faria: análise e proposições*. 2009. 132 f. Dissertação (Mestrado profissional em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009.

CUNHA I. S. *Educação permanente em saúde e planejamento estratégico situacional: o caso da Secretaria Estadual de Saúde do Piauí*. 2009. 102 f. (Mestrado profissional em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009.

DAVINI, M. C. *Enfoques, problemas e perspectivas na educação permanente dos recursos humanos de saúde*. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. Departamento de Gestão de Educação em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

FARIA M. G. A. *Telessaúde Brasil – núcleo Rio de Janeiro: a educação permanente no trabalho de enfermeiros da atenção básica*. 2010. 128 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2010.

FERLA, A. A. *Avaliação da atenção básica no Brasil: estudos multicêntricos integrados sobre acesso, qualidade e satisfação dos usuários*. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2011.

FERNANDES, M. M. *Desenvolvimento de modelo de gestão de tecnologias no Instituto Nacional de Câncer*. 2009. 141 f. (Mestrado profissional em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009.

GARAY, A.; SCHEFFER, B. *Reestruturação produtiva e desafios de qualificação: algumas considerações críticas*. Disponível em: <<http://read.adm.ufrgs.br/read05/artigo/garay.htm>>. Acesso em 14 abr. 2014.

GARCIA-BARBERO M. El valor educativo de la telemedicina. *Educ. méd.*, Barcelona v.9, n.2, p. 38-43. 2006.

MACINKO, J.; STARFIELD, B.; SHI, L. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) Countries, 1970-1998. *Health Services Research*, Chicago, v. 38, n. 3, p. 819-854, 2003.

MATO GROSSO DO SUL. Secretaria de Estado de Saúde. Comissão Intergestores Bipartite Estadual. *Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde*. Ata da 184ª reunião ordinária. Aprovada em 12.02.2010. Campo Grande, 2010. Disponível em <[www.saude.ms.gov.br/Showfile.php?id=58253](http://www.saude.ms.gov.br/Showfile.php?id=58253)>. Acesso em 15 jan. 2015.

MATO GROSSO DO SUL. Secretaria de Estado de Saúde. Comissão Intergestores Bipartite Estadual. *Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde*. Ata da 205ª reunião ordinária. Aprovada em 09.12.2011. Campo Grande, 2011. Disponível em <[www.saude.ms.gov.br/Showfile.php?id=114206](http://www.saude.ms.gov.br/Showfile.php?id=114206)>. Acesso em 15 jan. 2015.

MATO GROSSO DO SUL.; IBGE, CENSO 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=ms>>. Acesso em 20 dez. 2014.

MITRE, S. M.; BATISTA, R.S.; MENDONÇA, J. M. G.; PINTO, N. M. M.; MEIRELLES, C. A. B.; PORTO, C. P.; MOREIRA, T.; HOFFMANN, L. M. M. Metodologias ativas de aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. *Ciência e Saúde Coletiva*. v.2, p. 2133-2144. Rio de Janeiro, 2013.

PAULINO, V. C. P. et al. Ações de educação permanente no contexto da estratégia saúde da família. *Revista Enfermagem UERJ*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 312-316, 2012.

PINTO, H. A.; SOUSA, A.; FLORÊNCIO, A. R. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação. *Revista Eletrônica de Comunicação, Informação*

&Inovação em Saúde, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, 2012. Disponível em: <<http://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/viewArticle/624/1083>>. Acesso em: 10 dez. 2014.

REZENDE, F. As novas tecnologias na prática pedagógica sob a perspectiva construtivista. *Ensaio – Pesquisa em Educação em Ciências*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1, p. 1-18, 2002.

RIBEIRO, E. M.; PIRES, D. G. BLANK, V. L. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 20, p. 438-446, 2004.

RODRIGUES, A. C.; VIEIRA, G. L.; TORRES, H. C. A proposta da educação permanente em saúde na atualização da equipe de saúde em diabetes mellitus. *Rev. Esc Enferm. São Paulo*, v. 44, n. 2, p.531-537, 2010.

ROVERE, M. Comentários estimulados por La lectura Del artículo “Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário”. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 161-77, set. 2004/fev. 2005.

SHOTT, S. *Statistics for health professionals*. London: Saunders, 1990

STARFIELD, B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília, DF: UNESCO: Ministério da Saúde, 2002.

TESSER, C. D. et al. Estratégia saúde da família e análise da realidade social: subsídios para políticas de promoção da saúde e educação permanente. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, p. 4295-4306, 2011.

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS (UNA-SUS). *Documentos de referência*. Disponível em: <<http://www.unasus.gov.br/page/una-sus/legislacao>>. Acesso em 14 abr. 2014.

VALLA, V.; STOTZ, E. *Educação, saúde e cidadania*. Ed. Vozes. Petrópolis, 1994.

Recebido para publicação em abril de 2014.

Versão final em dezembro de 2014.

Publicado em: *Saúde Debate*, v. 39, n.104, p.102-113. Rio de Janeiro, 2015.

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

## ARTIGO ORIGINAL • ORIGINAL ARTICLE

Planejamento e organização do processo de trabalho das equipes de atenção básica do SUS em Mato Grosso do Sul

Planning and organization of the work process of the SUS Primary Care teams in Mato Grosso do Sul

### RESUMO

A fim de promover a cultura de avaliação no Mato Grosso do Sul, o estado aderiu ao Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade (PMAQ), que pesquisou estrutura, processo e satisfação do usuário na Atenção Básica. Este estudo teve como objetivo discutir o planejamento e organização do processo de trabalho e apoio institucional na rotina de Atenção Básica em Mato Grosso do Sul. Trata-se de um estudo seccional, analítico por meio dos dados secundários oriundos do primeiro ciclo do PMAQ, com subdivisão entre capital e interior, na perspectiva de 184 respondentes das equipes de saúde da família. Os dados foram submetidos a tratamento estatístico com significância de 5% e a associação entre as variáveis capital e interior ao teste do qui-quadrado, teste Z e estatística descritiva. A análise do planejamento e organização do processo de trabalho em saúde informou sobre as ações que a equipe havia realizado e atividades de apoio institucional. Os resultados apontam a reunião da equipe como uma prática regular realizada semanalmente na capital, quinzenal e mensalmente no interior do Estado. Nesse espaço, houve maior dedicação ao planejamento e organização do processo de trabalho, monitoramento, análise de indicadores e discussão de casos. Tais atividades nem sempre convergiam na construção de Projeto Terapêutico Singular ou qualificação clínica por meio de apoio matricial, especialmente no interior. As equipes utilizavam uma dinâmica baseada em problemas, indicadores da Atenção Básica e outras informações locais na elaboração de plano de ação, que nem sempre foram orientados a definir resultados e metas, principalmente no interior do estado. Em ambos os locais, as atividades de planejamento com base nos desafios levantados a partir da autoavaliação, parcerias com comunidade e ações intersetoriais, ficaram aquém do desejado. Sobre as atividades de apoio realizadas, foram mais prevalentes as de avaliação, monitoramento, discussão do processo de trabalho e menos prevalentes as de autoavaliação, educação permanente e análise compartilhada de progressos e resultados.

Palavras-chave: Planejamento em Saúde; O apoio institucional; Avaliação

## **ABSTRACT**

*In order to promote evaluation culture in Mato Grosso do Sul, the state joined the Program to Improve Access and Quality (PMAQ), who researched structure, process and user satisfaction in Primary Care. This study aimed to discuss planning and organization of work process and institutional support in the routine of Primary Care in Mato Grosso do Sul. It is a cross-sectional, analytical study through secondary data collected from the first PMAQ cycle, with subdivision between capital and state countryside on a view of 184 respondents of family health teams. Data were analyzed statistically with significance level of 5% and the association between capital and countryside variables with the chi-square, Z test and descriptive statistics. The analysis of planning and organization of health work process reported on the actions that the team had performed, the management and institutional support activities. The team meeting was a regular practice that was realized weekly in the capital, biweekly and monthly in the state countryside, with greater dedication to the planning and organization of work process, monitoring, indicator's analysis and discussion of cases. Such activities do not always converge in building Singular Therapeutic Project or clinical qualification through matrix support, especially in the countryside. The teams used a dynamic based on problems, indicators from the Primary Care and others local information in drawing up action plan, that not always were oriented to define results and goals, especially in the state countryside. At both sites, the planning activities based on the challenges raised from the self-assessment, partnerships with community and intersectoral actions, were lagging behind. About the performed support activities, were more prevalent evaluation, monitoring indicators and discussion of the work process and less prevalent self-assessment, permanent education, shared analysis of progress and results.*

*Keywords: Primary Care; Management; Health Family*

## INTRODUÇÃO

O desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS) configurou um duplo e complementar movimento, tanto no plano macropolítico das forças intergestoras, quanto na micropolítica do processo de trabalho (NEVES; MASSARO, 2009). O desafio que persistiu nos últimos 25 anos do SUS, tem sido coordenar o antagonismo desse duplo ativismo político-ideológico, considerando que tais planos se co-determinam e se influenciam mutuamente (GUATARI, 1989). No entanto, o paradoxo vivido no cenário do SUS se dá pela contradição entre sua institucionalidade democrática e participativa e a não indução da participação ativa dos sujeitos na superação das lacunas existentes entre o trabalho prescrito e o trabalho real (SANTOS-FILHO, 2014).

Apesar das divergências político-ideológicas, a busca pelo aprimoramento do SUS contabilizou transformações importantes no desenho e na operação da Atenção Básica (AB), equiparando-a aos parâmetros de qualidade, acessibilidade da Atenção Primária à Saúde (APS) (STARFIELD, 2002; MACINKO; STARFIELD; SHI, 2003). A proposta de efetivação do paradigma da saúde da família exigiu a reformulação de conhecimentos e práticas que superassem a abordagem instrumental do processo de trabalho para além da gestão administrativa (FRANCO, 2002; CAMPOS, 2003).

Tais mudanças no modelo tradicional de prestar assistência à saúde implicaram a reformulação de conhecimentos e práticas que incorporassem a complexidade do agir multiprofissional na Atenção Básica (PEDUZZI, 2001; FRANCO, 2003; FRANCO; MERHY, 2003; PEDUZZI; SCHRAIBER, 2006). O enfrentamento aos problemas identificados requer transformações nos modos de se fazer gestão do trabalho e da educação na saúde, planejamento, avaliação e monitoramento, visando à transformação institucional (FARIA et al, 2009; SARTI et al, 2012; KAWATA et al, 2012).

Nesse sentido, o arranjo tecnológico de Apoio Institucional, Apoio Matricial e Educação Permanente convergem para a formação-intervenção, em

função da caracterização da necessidade de acréscimo de competências de gestão e de cuidado (CECCIM, 2005; BRASIL, 2010). Na interface com o Apoio Institucional, o planejamento assume contornos de co-gestão dos coletivos organizados para a produção da saúde. O Apoio Matricial intervém na dimensão técnico-assistencial e pedagógica (CUNHA; CAMPOS, 2011).

Todavia, a aplicação de tais tecnologias requer objetivos definidos para que se traduza em aprendizagem organizacional e melhoria do acesso e da qualidade no SUS. Nesse sentido, o estado de Mato Grosso do Sul aderiu ao Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), que pesquisou estrutura, processo de trabalho e satisfação do usuário, em análise da qualidade dos serviços de AB disponibilizados à população (PINTO; SOUZA; FLORÊNCIO, 2012).

Assim, tornou-se relevante a análise dos dados secundários oriundos da avaliação externa do primeiro ciclo do PMAQ, referentes às ações de planejamento, organização do processo de trabalho e apoio institucional, a fim de produzir informação consistente que contribuísse com a caracterização da necessidade formativa das equipes de saúde da família em Mato Grosso do Sul. Anteriormente ao processo de avaliação externa do PMAQ, não foram encontrados registros de estudo ou pesquisa que informassem sobre a presença dessas ações no cotidiano da AB. O objetivo deste estudo foi analisar as ações de planejamento e apoio institucional em interface com a Educação Permanente em Saúde.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo seccional, analítico com utilização dos dados secundários coletados durante o primeiro ciclo de avaliação externa do PMAQ no estado de Mato Grosso do Sul, os quais foram obtidos por meio de um estudo multicêntrico, com a participação de Instituições de Ensino e Pesquisa do país e coordenado pelo Ministério da Saúde. A fase de avaliação externa do Mato Grosso do Sul ocorreu de junho de 2012 a fevereiro de 2013, sob a

responsabilidade da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, com a participação da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul e Fiocruz Mato Grosso do Sul.

Os critérios de inclusão ao PMAQ no primeiro ciclo estabeleceram participação de 50% das equipes de Atenção Básica em cada município do referido Estado. Após a adesão voluntária, 184 equipes de Saúde da Família receberam a visita *in loco* dos avaliadores. Os dados coletados através da realização de entrevistas com usuários, profissionais de saúde e análise documental da infraestrutura de cada equipe de saúde avaliada. Os dados coletados foram enviados ao Ministério da Saúde, e, após validação, foram disponibilizados às Instituições de Ensino e Pesquisa participantes do PMAQ.

A partir da coletânea de dados secundários disponibilizados pelo PMAQ, foram selecionados como objeto de estudo, os blocos de questões referentes ao planejamento e à organização do processo de trabalho, a periodicidade da “reunião da equipe”, bem como os “temas da reunião da equipe” inclusive os resultados referentes aos “itens considerados pela equipe no planejamento/programação das atividades” e “atividades que o apoiador realiza” desenvolvidas no estado de Mato Grosso do Sul, com subdivisão entre a capital, Campo Grande, e as demais cidades do interior.

Os dados obtidos foram submetidos a tratamento estatístico, com nível de significância de 5% ( $p < 0.05$ ), utilizando-se o *software* SPSS, versão 2.0. A associação entre as variáveis que especificaram as ações e o local (capital e interior) onde elas eram executadas foi realizada por meio do teste do qui-quadrado. A comparação entre as proporções de respostas dos respondentes da capital com os respondentes das cidades do interior, em relação às “reuniões da equipe de saúde”, aos “temas da reunião de equipe” bem como aos resultados referentes aos “itens considerados pela equipe no planejamento/programação das atividades” foi realizada por meio do teste z (SHOTT, 1990). Os resultados das demais variáveis avaliadas neste estudo foram apresentados na forma de estatística descritiva.

O projeto de pesquisa foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, sob o parecer n.º 164140.671.32111.02122013 de 11/09/2014.

## RESULTADOS

A reunião de equipe é o espaço geralmente utilizado para organização do processo de trabalho e planejamento das ações programáticas cotidianas. Os resultados mostram que, dos 184 respondentes, 99,5% dos participantes responderam que a equipe de Atenção Básica realiza reunião de equipe. Na capital, 100% relataram periodicidade semanal. A tabela 1, mostra que, no interior, 18% relataram ser quinzenal, 33,3% deles responderam que as reuniões acontecem mensalmente e 12% dos respondentes disseram que não havia uma periodicidade definida das reuniões e 1 (um) não soube responder sobre a periodicidade das reuniões.

Tabela 1: Resultados referentes à reunião de equipe de saúde e periodicidade no estado de Mato Grosso do Sul, com subdivisão entre a capital, Campo Grande e as demais cidades do interior.

Variável/ Resposta	Local		Valor de p	Tot al
	C ampo Grande	I nterior		
<b>A equipe de atenção básica realiza reunião de equipe?</b>				
	(n =33)	( n=151)		(n= 184)
Sim	1 00,0 (33)	9 9,3 (150)		99, 5 (183)
Não	0, 0 (0)	0 ,7 (1)	0,000	0,5 (1)
<b>Qual a periodicidade das reuniões</b>				
	(n =33)	( n=150)		(n= 183)
Semanal	1 00,0 (33) <sup>a</sup>	3 6,0 (54) <sup>b</sup>		47, 5 (87)
Quinzenal	0, 0 (0) <sup>b</sup>	1 8,0 (27) <sup>a</sup>		14, 8 (27)
Mensal	0, 0 (0) <sup>b</sup>	3 3,3 (50) <sup>a</sup>	<b>0,001</b>	27, 3 (50)
Sem periodicidade definida	0, 0 (0) <sup>a</sup>	1 2,0 (18) <sup>a</sup>		9,8 (18)
Não sabe/não respondeu	0, 0 (0)	0 ,7 (1)		0,5 (1)

Tabela 1. Os dados estão apresentados em frequência relativa (frequência absoluta). Valor de p no teste do qui-quadrado. Fonte: PMAQ 2013 – Ministério da Saúde.

Os temas mais frequentes nas reuniões de equipe, tanto na capital quanto no interior, foram planejamento de ações e organização do processo de trabalho, seguido por monitoramento e análise de indicadores e discussão de casos pela equipe, conforme demonstra a figura 1. Em ambos os locais, os temas menos frequentes foram construção de projeto terapêutico e qualificação clínica com participação de equipes de apoio matricial.

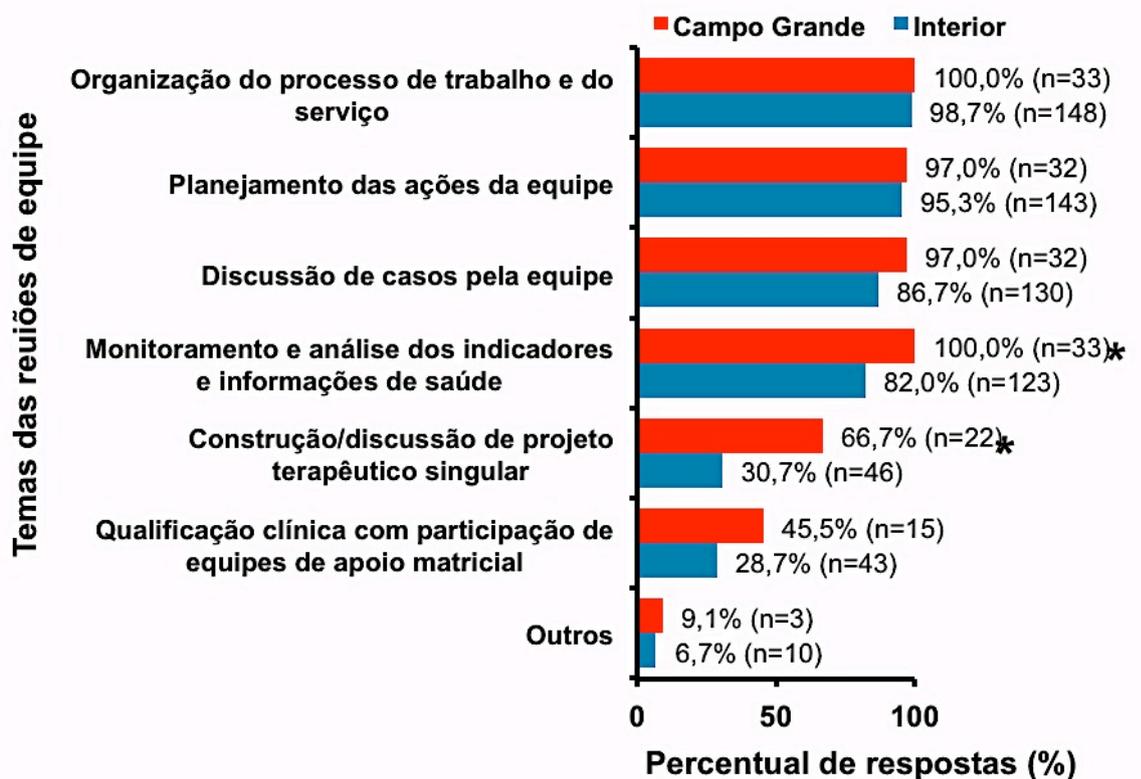


Figura 1: Distribuição dos respondentes das equipes de saúde, de acordo com os Temas das reuniões de equipe, na cidade de Campo Grande e nas demais cidades do interior do estado de Mato Grosso do Sul.

Os resultados da tabela 2 mostram que as atividades de planejamento das ações em saúde desenvolvidas pelas equipes, com subdivisão entre a capital e as demais cidades do interior foram realizadas em frequência semelhante. Entretanto, a existência de documentação que comprove tais ações é significativamente menor no interior em relação à capital, assim como a definição de resultados e metas para acompanhamento do plano de ação.

**Tabela 2:** Atividades de planejamento das ações em saúde no estado de Mato Grosso do Sul, com subdivisão entre a capital, Campo Grande e as demais cidades do interior.

Variável/Resposta	Local Campo Grande	Interior	Valor de p	Total
<b>Nos últimos 12 meses, a equipe realizou alguma atividade de planejamento de suas ações?</b>				
	<b>(n=33)</b>	<b>n=151)</b>		<b>(n=184)</b>
Sim	87,9 (29)	82,1 (124)		83,2 (153)
Não	12,1 (4)	16,6 (25)	,690	15,8 (29)
Não sabe/não respondeu	0,0 (0)	1,3 (2)		1,1 (2)
	<b>n=29)</b>	<b>n=124)</b>		<b>(n=153)</b>
<b>Existe documento que comprove</b>				
Sim	89,7 (26)	47,6 (59)		55,6 (85)
Não	10,3 (3)	52,4 (65)	<b>0,001</b>	44,4 (68)
<b>Foi realizado processo de levantamento de problemas</b>				
Sim	100,0 (29)	8,7 (110)	8	90,
Não	,0 (0)	0,5 (13)	1 ,114	8,5
Não sabe/não respondeu	,0 (0)	,8 (1)	0	0,7
				(1)
<b>Foram elencadas prioridades</b>				
Sim	100,0 (29)	2,7 (115)	9	94,
Não	,0 (0)	,5 (8)	6 ,343	5,2
Não sabe/não respondeu	,0 (0)	,8 (1)	0	0,7
				(1)
<b>Foi estabelecido um plano de ação</b>				
Sim	6,6 (28)	6,3 (107)	8	88,
Não	,4 (1)	2,9 (16)	1 ,253	11,
Não sabe/não respondeu	,0 (0)	,8 (1)	0	0,7
				(1)
<b>Foram definidos resultados e metas para acompanhamento do plano</b>				

		9	7	76,
Sim	3,1 (27)	2,6 (90)	5 (117)	
Não	,9 (2)	6,6 (33)	9 (35)	22,
Não sabe/não respondeu	,0 (0)	,8 (1)	(1)	0,7

Tabela 2: Os dados estão apresentados em frequência relativa (frequência absoluta). Valor de p no teste do qui-quadrado. Os valores de p significativos estão apresentados em negrito. Fonte: PMAQ 2013 – Ministério da Saúde.

Os dados ilustrados na tabela 3 referem os “itens que a equipe considera para o planejamento/programação de suas ações”, em percentual decrescente foram “informações locais” (90,1%), “metas para a Atenção Básica pactuada pelo município” (89,6%), “informações do SIAB” (86,3%), seguido de “construção de uma agenda de trabalho semanal, quinzenal ou mensal” (85,7%) e “questões relacionadas a riscos biológicos e vulnerabilidades individuais, familiares e sociais” (83,5).

Em menor frequência, ficaram os seguintes itens: “desafios apontados a partir da autoavaliação” (61,5%), o “envolvimento de organizações da comunidade” (50,0%), “envolvimento de outros setores” (intersetorialidade) que atuam na sua área (50,0%), seguidas de “questões ambientais do território” (39,0%) e “envolvimento dos atores da comunidade” (36,8%). Os itens informações do SIAB, construção de uma agenda de trabalho semanal, quinzenal ou mensal, desafios apontados a partir da autoavaliação, envolvimento de organizações da comunidade e envolvimento dos atores da comunidade foram considerados por um percentual maior de equipes da capital do que aquele para equipes do interior, sem diferença entre capital e interior para os demais itens.

**Tabela 3.** ‘Itens considerados pela equipe no planejamento/programação das atividades’ desenvolvidas no estado de Mato Grosso do Sul, com subdivisão entre a capital, Campo Grande e as demais cidades do interior.

Variável/Resposta	Campo Grande	Local interior	valor de p	Total
<b>A equipe planeja/programa suas atividades considerando:</b>				
<b>As informações locais (estudo da demanda, cenário epidemiológico e outros)</b>				
	(n=33)	n=149)		(n=182)
Sim	90,9 (30)	89,9 (134)		90,1 (164)

Não	9,1 (3)	10,1 (15)	,000	9,9 (18)
<b>As metas para a atenção básica pactuadas pelo município</b>				
Sim	3,9 (31)	8,6 (132)	,534	6 (163)
Não	6,1 (2)	11,4 (17)		10,4 (19)
<b>As informações do SIAB</b>				
Sim	100,0 (33)	83,2 (124)		86,3 (157)
Não	0,0 (0)	16,8 (25)	,009	13,7 (25)
<b>A construção de uma agenda de trabalho semanal, quinzenal ou mensal</b>				
Sim	100,0 (33)	82,6 (123)		85,7 (156)
Não	0,0 (0)	17,4 (26)	,005	14,3 (26)
<b>As questões relacionadas a riscos biológicos e vulnerabilidades individuais, familiares e sociais (violência, drogas e outras)</b>				
Sim	93,9 (31)	81,2 (121)		83,5 (152)
Não	6,1 (2)	18,8 (28)	,116	16,5 (30)
<b>Os desafios apontados a partir da autoavaliação</b>				
Sim	84,8 (28)	56,4 (84)		61,5 (112)
Não	15,2 (5)	43,6 (65)	,003	38,5 (70)
<b>O envolvimento de organizações da comunidade (a parceria e pactuações com a comunidade)</b>				
Sim	84,8 (28)	42,3 (63)		50,0 (91)
Não	15,2 (5)	57,7 (86)	0,001	50,0 (91)
<b>O envolvimento de outros setores (intersectorialidade) que atuam na sua área</b>				
Sim	63,6 (21)	47,0 (70)		50,0 (91)
Não	6,4 (12)	53,0 (79)	,123	50,0 (91)
<b>As questões ambientais do território (incluindo acesso a terra)</b>				
Sim	51,5 (17)	36,2 (54)		39,0 (71)
Não	48,5 (16)	63,8 (95)	,117	61,0 (111)
<b>O envolvimento dos atores da comunidade</b>				
Sim	87,9 (29)	25,5 (38)		36,8 (67)
Não	12,1 (4)	74,5 (111)	0,001	63,2 (115)

Tabela 3- Os dados estão apresentados em frequência relativa (frequência absoluta). Valor de p no teste do qui-quadrado. Os valores de p significativos estão apresentados em negrito. Fonte: PMAQ 2013 – Ministério da Saúde

Os resultados da tabela 4 são referentes às “atividades que o apoiador institucional realizou” junto às equipes de saúde no estado de Mato Grosso do Sul, com subdivisão entre a capital, Campo Grande, e as demais cidades do interior, conferem que 89,1% das equipes do estado recebiam apoio institucional permanente de uma equipe ou pessoa das Secretarias Municipais de Saúde.

Dentre elas, foram mais relatadas aquelas para monitoramento e avaliação de informações e indicadores, seguida das “discussões sobre o processo de trabalho da equipe de Atenção Básica” e do próprio “apoio institucional” 87,8% (Tabela 4).

As ações de apoio à autoavaliação da equipe foram relatadas por 72,0% dos respondentes, as ações de apoio à educação permanente foram afirmadas por 69,5%, enquanto a participação em reuniões com a equipe, 67,7%. No que tange à avaliação compartilhada de progressos e resultados com as equipes, 61,6% dos respondentes confirmaram, porém as oficinas com objetivos específicos definidos obtiveram 40,2% de confirmação. Em contrapartida, 82,9% deles responderam que os apoiadores não davam apoio ao planejamento e organização da equipe (n=136).

Tabela 4 - Resultados referentes às atividades que o apoiador institucional realiza nas equipes de saúde no estado de Mato Grosso do Sul, com subdivisão entre a capital, Campo Grande, e as demais cidades do interior.

Variável/Resposta	Local		Valor de p	Total
	Campo Grande	Interior		
<b>Recebe apoio institucional permanente de uma equipe ou pessoa da Secretaria Municipal de Saúde</b>				
	<b>(n=33)</b>	<b>(n=151)</b>		<b>(n=184)</b>
Sim	100,0 (33)	86,8 (131)	0,057	89,1 (164)
Não	0,0 (0)	13,2 (20)		10,9 (20)
<b>Atividades que o apoiador institucional realiza:</b>				
<b>Apoio para monitoramento e avaliação de informações e indicadores</b>				
	<b>(n=33)</b>	<b>(n=131)</b>		<b>(n=164)</b>
Sim	97,0 (32)	86,3 (113)	0,126	88,4 (145)
Não	3,0 (1)	13,7 (18)		11,6 (19)

---

**Discussão sobre o processo de trabalho da equipe de Atenção Básica e também do próprio apoio institucional**

Sim	90,9 (30)	87,0 (114)		87,8 (144)
Não	9,1 (3)	13,0 (17)	0,767	12,2 (20)

**Apoio à autoavaliação**

Sim	81,8 (27)	69,5 (91)		72,0 (118)
Não	18,2 (6)	30,5 (40)	0,196	28,0 (46)

**Educação permanente**

Sim	75,8 (25)	67,9 (89)		69,5 (114)
Não	24,2 (8)	32,1 (42)	0,526	30,5 (50)

**Participa das reuniões com a equipe**

Sim	81,8 (27)	64,1 (84)		67,7 (111)
Não	18,2 (6)	35,9 (47)	0,062	32,3 (53)

**Avaliação compartilhada com equipe de progressos e resultados**

Sim	84,8 (28)	55,7 (73)		61,6 (101)
Não	15,2 (5)	44,3 (58)	0,002	38,4 (63)

**Oficina com objetivo específico definido**

Sim	51,5 (17)	37,4 (49)		40,2 (66)
Não	48,5 (16)	62,6 (82)	0,166	59,8 (98)

**Apoio ao planejamento e organização da equipe**

Sim	0,0 (0)	21,4 (28)		17,1 (28)
Não	100,0 (33)	78,6 (103)	0,001	82,9 (136)

---

Tabela 4: Os dados estão apresentados em frequência relativa (frequência absoluta). Valor de p no teste do qui-quadrado. Os valores de p significativos estão apresentados em negrito. Fonte: PMAQ 2013 – Ministério da Saúde.

O percentual de apoiadores que fazia avaliação compartilhada de progressos e resultados com a equipe foi significativamente maior em Campo Grande do que no interior. Todavia, o percentual de apoiadores que não davam apoio ao planejamento e à organização da equipe foi maior em Campo Grande do que no interior. Para as demais variáveis relacionadas às atividades de planejamento e atividades do apoiador institucional, não houve diferença entre a capital e o interior, na distribuição de respostas.

## **DISCUSSÃO**

O debate que permeia o planejamento e a organização do processo de trabalho tem sido relevante no sentido de desvendar sua dimensão qualitativa, para além das condutas prescritivas, da atenção tecnicista e da gestão meramente administrativa. Os modos tradicionais de se prestar assistência à saúde carecem de reformulação de conhecimentos e práticas que reconheçam os elementos constituintes do trabalho em saúde, bem como a complexidade da ação multiprofissional, como princípio organizador da qualidade do cuidado (MERHY, 2003; FRANCO; MERHY, 2003; PEDUZZI, 2001; PEDUZZI; SCHRAIBER, 2006).

Na Estratégia de Saúde da Família, a reunião de equipe foi idealizada como espaço aberto à revisão das práticas, de produção de conhecimento e de apoio à concretude das ações, com finalidade de resolver os problemas de saúde num determinado território (REIS et al, 2007). Nesse contexto, a equipe em construção necessita de apoio e educação permanente, tanto para a aquisição de novos saberes, quanto para sua aplicação no processo de trabalho em saúde. A delicada tessitura da produção de cuidado em interface com a produção pedagógica requer estratégias que aproximem o elo entre a dinâmica laboral e a institucional. O exercício laboral, associado à troca de experiências, socialização

de progressos e resultados, facilita a reorganização do processo de trabalho em saúde (MERHY, 1997; CAMPOS, 1997; PEDUZZI, 2001).

O fato de a reunião de equipe ter sido uma prática regular no cotidiano da Estratégia de Saúde da Família em Mato Grosso do Sul significou um avanço, visto que identificou a existência de um espaço dedicado ao planejamento e à organização do processo de trabalho. Em relação à prevalência dos temas que permearam a reunião da equipe, houve maior dedicação aos temas relacionados à organização do processo de trabalho, planejamento das ações, discussão de casos pela equipe, seguido de monitoramento e análise de indicadores e informações em saúde.

Independente do local, os temas menos prevalentes nas reuniões das equipes foram construção/discussão de projeto terapêutico singular, qualificação clínica com participação de equipes de apoio matricial. Por tais achados, pressupõem-se dificuldades em agenciar o modo equipe de analisar e intervir no processo de trabalho, a partir da problematização da realidade e construção de hipóteses de solução.

A menor frequência das reuniões de equipe no interior acompanha o menor percentual no desenvolvimento dos temas que exigem reflexão crítica, elaboração, sistematização e construção coletiva, tais como monitoramento e análise de indicadores, qualificação clínica, construção de projetos terapêuticos, e, trazem oculta a necessidade de ampliação da abordagem do Apoio Matricial, no sentido de valorizar o processo de trabalho com foco no cuidado (FITTIPALDI; ROMANO; BARROS, 2015).

Foi positivo conferir a presença de uma dinâmica problematizadora, em função de estabelecer prioridades e desenvolver um plano de ação em ambos os locais, embora no interior fosse oportuno dedicar maior cuidado com o registro e a comprovação das ações e a definição de resultados e metas para acompanhamento do plano de ação, discussão dos resultados alcançados.

No tocante aos conteúdos das reuniões, foi possível verificar que a equipe planejava suas ações, com base em informações locais, metas pactuadas, perfil social de vulnerabilidade e risco, com maior preocupação em compatibilizar a rotina da equipe com as diretrizes, metas e indicadores da Atenção Básica.

Houve menor dedicação ao enfrentamento dos desafios apontados a partir da autoavaliação e questões ambientais, principalmente no interior.

Os resultados demonstram que a dinâmica do apoio institucional corrobora com a do planejamento, com menor dedicação e apoio às atividades geradoras de autonomia, tais como autoavaliação, educação permanente, apoio à organização da equipe. Por fim, a escassez das atividades de avaliação compartilhada com a equipe de progressos e resultados indaga a própria metodologia do apoio institucional, que tem por diretriz a cogestão de coletivos organizados para a produção (CAMPOS, 2005).

Embora um percentual expressivo de equipes relate que recebem apoio institucional das Secretarias Municipais de Saúde, não foi possível, porém, conferir se esse apoio foi acompanhado da cogestão dos coletivos organizados para o planejamento, monitoramento e avaliação compartilhada de progressos e resultados. O fato de a capital ter obtido melhores resultados em relação ao interior pode estar relacionado à frequência das reuniões de equipe ou ser explicado pela maior disponibilidade de recursos materiais e maior número de profissionais na capital.

## **CONCLUSÕES**

O planejamento e a organização do processo de trabalho é uma ação programática cotidiana das equipes e seu locus é a reunião de equipe, que tanto pode ser utilizada para monitoramento, avaliação, repasse de informações administrativas, análise de indicadores para cumprir metas estabelecidas, quanto pode representar um espaço de apoio à produção pedagógica do cuidado e cogestão do conhecimento.

A partir dos dados de planejamento analisados, percebe-se uma dinâmica problematizadora nas etapas de levantamento de problemas, eleição de prioridades e construção de planos de ação, com menor convergência em monitoramento do plano. A descontinuidade entre discussão de casos e construção de projeto terapêutico singular na qualificação clínica das equipes, traz implícito a lacuna da ação pedagógica na dimensão técnico assistencial e pedagógica.

As ações analisadas mostraram lacunas em outros aspectos importantes do planejamento, tais como a definição de resultados e metas, especialmente no interior, assim como falta de envolvimento de outros setores e a inexpressiva inserção das questões ambientais e participação da comunidade nas ações de planejamento das equipes.

Na interface do planejamento com apoio institucional, observou-se coincidência em menor orientação às atividades geradoras de autonomia, tais como autoavaliação, educação permanente, avaliação compartilhada de progressos e resultados, oficina com objetivo definido e apoio ao planejamento da equipe. Tal modo de exercer a função apoio, mais contribui em reforçar as práticas vigentes, do que promover mudanças de atitudes no planejamento e organização do processo de trabalho.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei 8.142, de 28 de setembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, Dez. 1990.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS – ParticipaSUS**. Editora do Ministério da Saúde. 2. ed. Brasília, 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**. Série A. Normas e Manuais Técnicos, Brasília, 2012.

CAMPOS, G. W. de S. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003.

\_\_\_\_\_. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar trabalho em equipes de saúde. In: Merhy EE, Onocko R, editores. **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec; 1997. p. 229-66.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Revista Ministério Saúde Pública**. n. 5, p.4-15. Brasília, 2004.

CUNHA, G. T.; Campos, G. W. S. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. **Saúde Sociedade**. v. 20, n. 4, p. 961-970. São Paulo, 2011.

FARIA, H. P. et al. **Processo de trabalho em saúde**. Nescon: UFMG: Coopmed. Belo Horizonte 2009.

FERLA, A. A. **Avaliação da atenção básica no Brasil**: estudos multicêntricos integrados sobre acesso, qualidade e satisfação dos usuários. Coordenadoria da Saúde – Escola de Enfermagem. Projeto Rede Governo Colaborativo em Saúde. Porto Alegre, 2011.

FITTIPALDI, A. L. M.; ROMANO V. F.; BARROS, D. C. Nas entrelinhas do olhar: Apoio Matricial e os profissionais da Estratégia Saúde da Família. **Rev. Saúde Debate**, jan-mar. v. 39, n.104, p. 76-87. Rio de Janeiro, 2015.

FOUCAULT, M. **O Nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1977.

FRANCO, T. B. **Processos de trabalho e transição tecnológica na saúde**.

2003. Tese (Doutorado) – Unicamp, Campinas, SP, 2003.

\_\_\_\_\_. Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do sistema de saúde no Brasil. **Interface** - Comunic., Saúde, Educ., v. 11, n. 23, p. 427-38, 2007.

\_\_\_\_\_. MERHY, E. E. Programa Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E.E. et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2003.

GUATTARI F. *Revolução Molecular: pulsações políticas do desejo*. Ed. Brasiliense. São Paulo, 1987.

KAWATA, L. S. et al. O trabalho cotidiano da enfermeira na saúde da família: utilização de ferramentas da gestão. **Texto & Contexto Enferm**, v. 18, n. p. 313-320. Florianópolis, 2009.

MERHY, E. E. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modelos de atenção. In: \_\_\_\_\_ et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2003.

\_\_\_\_\_. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

\_\_\_\_\_. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: \_\_\_\_\_; ONOCKO, R. (Orgs.) **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997.

MENDES-GONÇALVES, R. B. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994.

NEVES C. A. B.; MASSARO A. Biopolítica, produção de saúde e um outro humanismo. **Interface Comum Saúde Educ**; v.13, n.1, p. 503-514. Botucatu, 2009.

PEDUZZI, M.; SCHRAIBER, L. B. **Processo de trabalho em saúde**. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio; Estação de Trabalho Observatório dos Técnicos em Saúde (Org.). **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2006. p. 199-206.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev. Saúde Pública**, v. 35, n. 1, p. 103-109, 2001.

PIMENTA, A. L. **Saúde de amparo: a construção de espaços coletivos de gestão**. 2006. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2006. Disponível em: < <http://www.uff>. >. Acesso em: 07 jun 2015.

PINTO, H. A.; SOUSA, A.; FLORÊNCIO, A. R. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: Reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde**. v. 6, n.2, 14p. Rio de Janeiro, 2012.

REIS, M. A. S. et al. A organização do processo de trabalho em uma unidade de saúde da família: desafios para a mudança das práticas. **Interface-Comunic, Saúde, Educ**, v. 11, n. 23, p. 655-66, set/dez 2007.

SANTOS FILHO, S. B.; Apoio institucional e análise do trabalho em saúde: dimensões avaliativas e experiências no Sistema Único de Saúde (SUS). **Interface, Comunicação Saúde Educação**. n.18, p. 1013-25. Botucatu, 2014.

SARTI, T. D. et al. Avaliação das ações de planejamento em saúde empreendidas por equipes de saúde da família. **Cad. Saúde Pública**, v. 28, n. 3, p. 537-548, mar. Rio de Janeiro, 2012.

SHOTT, S. **Statistics for healthprofessionals**. London: W. B. Saunders Company, 1990.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. UNESCO, Ministério da Saúde. Brasília, 2002.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

---

O Programa para Melhoria do Acesso e da Qualidade estabeleceu a interface EPS Apoio Institucional para potencializar mecanismos de gestão do trabalho e da educação na saúde, devido à complexidade do trabalho e das relações na produção do cuidado na AB. Na interface entre educação permanente e apoio institucional, reside uma perspectiva de convergência entre os movimentos que emergem dos processos de trabalho e a dinâmica institucional.

O conceito de Apoio Institucional (AI) sistematizado por Campos (2003) e adotado na Política Nacional de Humanização do SUS (2004), reformulou o modo tradicional de se fazer gestão na saúde, a partir de tecnologias de análise institucional e de gestão, com finalidade de fomentar processos de mudança nas organizações profissionais da saúde. No PMAQ, A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde se mantém como orientadora da gestão do trabalho e da educação na saúde, potencializada pela função AI, com base na Análise Institucional.

Para além do PMAQ, a interface Apoio Institucional e Educação Permanente em Saúde converge para a análise institucional, ora tangenciando, ora atravessando o processo de trabalho, constituindo um movimento de análise-formação-intervenção-apoio, na construção de novas possibilidades de produção de conhecimento e aplicação à realidade.

Considerando que tanto AI quanto a EPS são políticas transversais, um dos objetivos do AI é o fomento à grupalidade, construção de redes e a transversalidade nas relações de trabalho, sustentando uma postura ética, sem passividade ou omissão por parte do apoiador, nem imposição ou elaboração de ferramentas ou planos de intenção para o outro cumprir. Enfim, ao operar na transversalidade os conceitos de AI e EPS com base no arcabouço legal de ambas as políticas, instauram-se potentes eixos com finalidade de mudança organizacional e produção de novas subjetividades em ação.

A complexidade do trabalho e das relações na produção do cuidado exige a reformulação de conceitos e atitudes em atenção aos atributos das políticas de saúde. Daí a relevância em se criar meios de operar os instrumentos e tecnologias da saúde associados às estratégias de educação permanente e apoio institucional, orientados à melhoria do acesso e da qualidade.

Entre as funções do apoio apontadas pelo PMAQ, constam a discussão e montagem das agendas das equipes em função das necessidades e prioridades de saúde, bem como suporte à implantação do acolhimento à demanda espontânea à construção de projetos terapêuticos, orientados para a qualificação clínica. A Educação Permanente em Saúde é uma importante ferramenta de gestão do trabalho e da educação na saúde, tanto mais relevante, quanto mais se investir em processos formativos que articulem os objetivos dos profissionais, da instituição em coerência com a necessidade de saúde da população.

### **Termo de Referência para o Apoiador em Educação Permanente em Saúde**

E, por fim, no rol de possibilidades, cabem algumas considerações, aqui explicitadas como referência para desenvolver o Apoio Institucional e Educação Permanente em Saúde na micropolítica do trabalho em saúde. Tal proposta tem por objetivo articular conteúdos educativos à função Apoio, adotando parâmetros sistematizados por Campos (2003), em Saúde Paidéia, nos seguintes passos, mencionados a seguir.

Primeiro: o Apoiador em EPS deve se colocar na roda: ora como ensinante, ora como aprendiz e sofrer o efeito Paidéia no âmbito do coletivo que pretende apoiar (CAMPOS, 2003).

Segundo: o Apoiador em EPS deve atuar como articulador flexível e habilidoso, propor processos formativos junto com os trabalhadores, com base nos objetivos pessoais e institucionais, adotando, como parâmetros, a necessidade de saúde da população, para que se possa organizar a oferta de conhecimentos e/ou troca de saberes sobre o trabalho, pois

a função apoiador somente ocorre quando se trabalha com a duplicidade de objetivos: uma externa ao grupo – produzir valores de uso para outros -, e uma interna – ampliar a compreensão e a capacidade operacional dos coletivos. Sem esta diretriz, este valor, não há apoio Paidéia, ainda que possa ocorrer uma série de efeitos interessantes (CAMPOS, 2003).

Terceiro: apoiar a caracterização da necessidade formativa, mediante análise da demanda dos trabalhadores, dos objetivos institucionais e da situação de saúde no território. Uma vez caracterizada a necessidade formativa dos coletivos, traduzir-se-á em formato de projeto de EPS, construído com o perfil de competências necessário ao desenvolvimento profissional e institucional.

E aqui a primeira oferta é oferecer-se como Apoiador. E toda oferta é uma oferta interessada, revela as implicações de poder, afetivas e com os campos de conhecimento do apoiador. Por outro lado, as demandas do grupo funcionam como ofertas ao apoiador, são os degraus onde apoiar-se para conseguir estabelecer novos compromissos e contratos, mexer com os outros e consigo mesmo (CAMPOS, 2003).

Quarto: “Apoiar o grupo na elaboração dos projetos de contratualização dos objetos de investimento para compor compromissos e contratos com outros”. Na perspectiva do Contrato Organizativo de Ação Pública em EPS (COAPES), com definição legal dos termos de responsabilidades entre as partes.

Quinto: o que eu aprendo sozinho e o que eu aprendo com os outros? “Sempre pensar e fazer junto com as pessoas e não em lugar delas”. É importante apoiar o grupo para que seus componentes dialoguem com os próprios saberes, assim como com o suposto saber do apoiador.

Sexto: ampliar os espaços de problematização das práticas promovendo reuniões, rodas de conversa, oficinas. Fazer junto, estimulando a reflexão e ação. A fim de “ampliar a capacidade de análise dos grupos é fundamental que eles aprendam a escutar, a observar e a ler textos teóricos, metodológicos ou de relato de experiências” (CAMPOS, 2003).

Sétimo: acolher a agonística dos sujeitos e coletivos, autorizando os grupos a exercer crítica generosa e a desejar mudanças: as instituições controlam pessoas, desautorizando-as a tomar iniciativas que não estejam previstas nos regulamentos. A oferta de temas ou de fragmentos de análise busca ampliar a capacidade de os agrupamentos lidarem com essas interdições: a tarefa de colocar em suspenso temas sagrados, não-ditos, relações veladas, direitos não exercidos etc.

Oitavo: autorizar-se a ser agente em EPS e não somente apoiador no acolhimento às demandas: o apoiador institucional em EPS específico tem como função nuclear valer-se do método para trabalhar com o grupo, alternando

momentos em ações administrativas, enquanto os demais membros do grupo executam tarefas particulares, inerentes às respectivas funções.

Nono: promover rodas de EPS e incentivar a equipe a montar rodas com usuários. A roda é um espaço de análise, outro é o próprio fazer. Acolher a demanda formativa no âmbito dos coletivos em análise.

Enfim, como última consideração, cabe convidar os Apoiadores em EPS a participar dos coletivos intersetoriais e propor a revisão dos critérios de planejamento e operacionalização da EPS no âmbito das organizações profissionais, ainda sob a égide do ensino tradicional, da capacitação e do treinamento.

Com o advento do COAPES, a valorização do potencial educativo do trabalho perpassa pela valorização do sujeito educador e do educando. Frente às novas competências exigidas para o trabalhador, cabe ao coletivo de apoiadores em EPS, uma convocação intersetorial com objetivo de confrontar as competências necessárias para o desenvolvimento institucional, com as competências ofertadas nos cursos de graduação e pós-graduação das instituições de ensino.

O perfil de competências exigidas, assim como a função do apoiador institucional em EPS deve constar nos planos de carreira das organizações profissionais, com reconhecimento das diferenças operacionais entre a Educação Continuada e EPS, mediante a elaboração de critérios operacionais para o Apoio em EPS.

---

“A essência das coisas não consiste em pensamentos, e o pensar não está em posição de compreendê-la. O espírito todo, no entanto, em outras formas, talvez, de sua atividade e de sua emotividade, vive o sentido essencial de todo ser e de todo agir. O pensamento serve-lhe, então, como meio de dotar o vivido daquela coesão exigida por sua natureza e para experimentá-lo tanto mais intensamente quanto mais forte essa coesão se torna. São erros muito antigos que se opõem a esse modo de ver (...). A sombra da Antiguidade, sua desastrosa supervalorização do *logos*, ainda se estende sobre nós e não nos deixa constatar, nem no real, nem no ideal, aquilo que faz com que ambos sejam mais do que a razão em sua totalidade.”

(LOTZE apud HESSEN, p.167.)

## 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

AGUIAR, R. A. T. **A universidade e as políticas de educação permanente para a Estratégia Saúde da Família**: um estudo de caso. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação/UFMG, Belo Horizonte, 2010.

ANDRADE, L. O. M. et al. Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia: Três anos construindo a tenda invertida e a educação permanente no SUS. **SANARE**, n. 1, 2004.

BRASIL. Lei 8.142, de 28 de setembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, 1990.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Saúde da Família: Ampliando a cobertura para consolidar a mudança do modelo de Atenção Básica. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**, Brasília, v.3, n. 1, p. 113-125, 2003.

\_\_\_\_\_. Ministério da 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, 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Curso de Formação de Facilitadores de Educação Permanente em Saúde**. Fiocruz, Rio de Janeiro, 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro. **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. Ministério da Saúde, Brasília, 2006a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde: **Política nacional de educação permanente para o controle social no Sistema Único de Saúde – SUS**. Brasília, 2006b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria 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.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília, 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Cadernos **HumanizaSUS**: Formação e intervenção. Brasília, 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária**: Primary Care Assessment Tool PCAtool - Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

\_\_\_\_\_. Decreto 7.508, de 28 de junho de 2008: Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2012a.

\_\_\_\_\_. DATASUS. **Quantidade por Unidade Federação segundo Município Unidade Federação**: Mato Grosso do Sul. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/equipebr.def>>. Acesso em: 30 mar. 2014a.

\_\_\_\_\_. Departamento de Atenção Básica. **DAB**: Sistema de Apoio à Gestão. Disponível em: <<http://189.28.128.178/sage/sistemas/relatorio/relnovo.php>>. Acesso em: 30 mar. 2014b.

\_\_\_\_\_. Departamento de Atenção Básica. **Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal Unidade Geográfica**: Estado – MS. 2013. Disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/dab/historico\\_cobertura\\_sf/historico\\_cobertura\\_sf\\_relatorio.php](http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php)>. Acesso em: 30 mar. 2014c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica** (PMAQ). Brasília, 2012b.

CAMPOS, G. W. S. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003. 185p.

CAMPOS, G. W. S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 4, n. 2, p. 393-403. Rio de Janeiro, 1999.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 2, p. 399-407. Rio de Janeiro, 2007.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Revista Ministério Saúde Pública**. n. 5, p. 4-15. Brasília, 2004.

\_\_\_\_\_. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v. 9, n. 16, p. 161-177, set 2004/fev 2005. Disponível em: <<http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/textos%20eps/educacaoopermanente.pdf>>. Acesso em 30 mar. 2014.

\_\_\_\_\_. FEUERWERKER, L. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis - Rev. Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

CECCIM, R. M. B. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. **Interface Comunicação Saúde Educação**, n. 9, v.1 6, p. 161-177, set.2004/fev.2005.

DALLA VECCHIA, M. **Trabalho em equipe na atenção primária à saúde: fundamentos histórico-políticos**. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2012.

FERLA, A. A. **Avaliação da atenção básica no Brasil: estudos multicêntricos integrados sobre acesso, qualidade e satisfação dos usuários**. Coordenadoria da Saúde – Escola de Enfermagem. Projeto Rede Governo Colaborativo em Saúde. Porto Alegre, 2011.

FONTANIVE, P. V. N: **Necessidades em educação permanente percebidas por profissionais médicos das equipes da estratégia saúde da família dos municípios do projeto telessaúde**. Dissertação (Metrado) – UFRS, Porto Alegre, 2009.

FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004.

GADOTTI, M. Perspectivas atuais da educação. **São Paulo Perspec**, São Paulo, v. 14, n. 2, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/spp/v14n2/9782.pdf>>. Acesso em: 01 dez. 2008.

GASPARIN, J. L. **Uma Didática para a Pedagogia Histórico-Crítica**. 3. ed. Campinas: Autores Associados, 2005.

HADDAD, J. Q.; ROSCHKE, M. A.; DAVINI, M. C. (Ed.). **Educación Permanente de Personal de Salud**. Washington DC: OPS, 1994. 247 p. (Serie Desarrollo de Recursos Humanos em Salud, 100).

HESSEN, J. **Teoria do Conhecimento**. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

L'ABBATE, S. Educação em saúde: uma nova abordagem. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, 1994. Disponível em: <[http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102311X1994000400008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X1994000400008&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 9 jan. 2007.

LUCKESI, C. C. **Filosofia da Educação**. São Paulo: Cortez, 1994.

MACINKO J.; HARSHEIM, E. Instrumento de Avaliação da Atenção Primária – sua utilização no Brasil. **Revista Brasileira Saúde da Família**; n. 14; p. 4-8, 2007.

MACHADO, M. H. Trabalhadores da saúde e sua trajetória na Reforma Sanitária. In: LIMA, N. T. (Orgs.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 257–284.

MARX, K. **O capital: crítica da economia política**. 27. ed. I.1. v. 1. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2010.

MATO GROSSO DO SUL; IBGE, CENSO 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=ms>>. Acesso em: 20 dez. 2014.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Estado de Saúde. Comissão Intergestores Bipartite Estadual. **Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde**. Ata da 184ª reunião ordinária. Aprovada em 12.02.2010. Campo Grande, 2010. Disponível em: <[www.saude.ms.gov.br/Showfile.php?id=58253](http://www.saude.ms.gov.br/Showfile.php?id=58253)>. Acesso em: 15 jan. 2015.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Estado de Saúde. Comissão Intergestores Bipartite Estadual. **Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde**. Ata da 205ª reunião ordinária. Aprovada em 09.12.2011. Campo Grande, 2011. Disponível em <[www.saude.ms.gov.br/Showfile.php?id=114206](http://www.saude.ms.gov.br/Showfile.php?id=114206)>. Acesso em: 15 jan. 2015.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Estado de Saúde. **Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde 2012-2015**. Comissão Intergestores Regional - CIR. Região de Saúde de Campo Grande, dez 2011.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Estado de Saúde [homepage na Internet]. **Cobertura Populacional- Série Histórica Saúde da Família**. Disponível em: <<http://www.saude.ms.gov.br/controle/ShowFile.php?id=120247>>. Acesso em: 27 mar 2013.

MENDES, E. V. **Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas do Sistema Único de Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1993.

MENDES-GONÇALVES, R. B. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo**. São Paulo: Hucitec, 1994.

\_\_\_\_\_. **Medicina e história: raízes sociais do trabalho médico**. São Paulo, 1979. 209f. Dissertação (Mestrado em Medicina Preventiva) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.

\_\_\_\_\_. **Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades**. São Paulo: Centro de Formação dos Trabalhadores em Saúde da Secretaria Municipal da Saúde, 1992. (Cadernos Cefor, 1 – Série textos).

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portal da Saúde. **Sala de apoio à gestão** [homepage na Internet]. Disponível em: <<http://189.28.128.178/sage/>>. Acesso em 27 mar 2013.

MORIN, E. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. São Paulo: Cortez, 2000.

PAIM, J. S. As bases conceituais da Reforma Sanitária. In: FLEURY, S. (Org.). **Saúde e democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos, 1997. p. 11-24.

PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação**. Campinas, 1998. 254f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas/Universidade Estadual de Campinas.

PEREIRA, C. **Modelos Pedagógicos em Educação a Distância**. Porto Alegre: Artmed, 2007.

PINTO, V. P. T. et al. Análise do processo de EPS para profissionais do SUS: A experiência de Sobral/CE. **Revista SANARE**, Sobral, v. 7, n. 2, p. 62-70, 2008.

PINTO, H. A. SOUSA, A.; FLORENCIO, A. R. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: Reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, 14p. 2012.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO GRANDE. Secretaria Municipal de Saúde Pública. **Carta de Serviços de Saúde**. Disponível em: <<http://www.capital.ms.gov.br/cartadeservicos/unidades-de-saude>>. Acesso em: 27 fev. 2013.

ROVERE, M. Comentarios estimulados por La lectura Del artículo “Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário”. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v. 9, n. 16, p. 161-77, set.2004/fev.2005.

SERAPIONE, M.; Avaliação da qualidade em saúde. Reflexões teórico-metodológicas para uma abordagem multidimensional, **Revista Crítica de Ciências Sociais** [Online], n. 85, p.65-82, jun 2009. Disponível em: <<http://rccs.revues.org/343>>. Acesso em: 13 jul. 2013.

SILVA, L. M. A.; **Modelos Rasch e Escalas de Likert e Thurstone na medição de atitudes**. Dissertação (Mestrado em Probabilidades e Estatística) – Faculdade de Ciências/Universidade de Lisboa, Lisboa, 2007.

SKINNER, B. F. **Sobre o Behaviorismo**. 10. ed. São Paulo: Cultrix, 1974/2006.

SHOTT, S. **Statistics for healthprofessionals**. London: W. B. Saunders Company, 1990.

STARFIELD, B. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, Serviços e Tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.

STRUCHINER, M.; ROSCHKE, M. A.; RICCIARDI, R. M. V. Formação permanente, flexível e a distância pela Internet: Curso de Gestão Descentralizada de Recursos Humanos em Saúde. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 11, p. 158-165, 2002.

ROVERE, M.; Comentários estimulados por la lectura del artículo “Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário”. **Interface Comunicação Saúde Educação**, v. 16, n. 9, p. 161-177, 2004.

TEIXEIRA, C. F. A. Mudança do Modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. In: TEIXEIRA, C. F.; SOLLA, J. P. (Orgs.). **Modelo de Atenção à Saúde**: promoção, vigilância e saúde da família. Salvador: Edufba, 2006.

TESSER, C. D. et al. Estratégia saúde da família e análise da realidade social: subsídios para políticas de promoção da saúde e educação permanente. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 11, p. 4295-4306, 2011.

TESTA, M. (Org.). **Pensar saúde**. Porto Alegre: Artes Médica, 1992. UNA-SUS. Documentos de referência. Disponível em: <<http://www.unasus.gov.br/page/una-sus/legislacao>>. Acesso em 14 abr. 2014.

VALLA, V.; STOTZ, E. **Educação, saúde e cidadania**. Petrópolis: Vozes, 1994.