

DANIELA DE FREITAS RODRIGUES

A ATUAÇÃO DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA
FAMÍLIA NA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: UMA CONSTRUÇÃO DE
VÍNCULO ENTRE A EDUCAÇÃO E O TRABALHO

RIO GRANDE

2017

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE RESIDÊNCIA

DANIELA DE FREITAS RODRIGUES

A ATUAÇÃO DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA
FAMÍLIA NA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: UMA CONSTRUÇÃO DE
VÍNCULO ENTRE A EDUCAÇÃO E O TRABALHO

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado à Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF), da Universidade Federal do Rio Grande (FURG), como requisito para obtenção de título de Especialista em Saúde da Família. Sob orientação do Enf. Dr. Cesar Francisco Silva da Costa.

RIO GRANDE

2017

Agradecimentos

Dedico esta conquista ao meu menino Pedro, por alimentar minha alma com os sentimentos mais puros e verdadeiros e por me mostrar através do seu olhar o significado do amor incondicional. Você sempre será o meu maior motivador. Obrigada, filho!

Quero agradecer ao meu grande amor, Gustavo, por sempre acreditar nas minhas vitórias, por ter as melhores palavras de motivação, até mesmo nas mais difíceis batalhas. Obrigada amor és parte essencial desta conquista e da minha vida. Amarei-te pra sempre.

Aos meus pais, Emilio e Estela, por serem tão primordiais desde o nosso primeiro encontro. Obrigada, por valorizarem a educação, saibam que isso fez toda a diferença na minha vida e por me orientarem para o caminho do bem. Amarei vocês em todos os nossos reencontros.

À minha irmã, Aline, por sempre acreditar em mim. Te amo demais.

À Equipe da Unidade Básica de Saúde da Família São João, por serem também família, por valorizarem o Sistema Único de Saúde e por aplicarem no dia a dia das pessoas o atendimento humanizado e integral, tenham a certeza que vocês fazem a diferença. Obrigada, por terem sido as minhas melhores professoras, neste processo de formação e de construção de um perfil profissional.

À minha equipe de residentes: Bruna, Gabrielle e Cintia. Obrigada por me ensinarem o valor do trabalho multiprofissional, a lutar pelo SUS e também pelos meus ideais. Formamos uma grande equipe.

Aos usuários do SUS.

Ao meu orientador, César e a banca avaliadora por todas as contribuições.

RODRIGUES, D. F. A atuação da Residência Multiprofissional em Saúde da Família na Educação Permanente em Saúde: uma construção de vínculo entre a educação e o trabalho. Trabalho de Conclusão da Residência. Universidade Federal do Rio Grande – FURG, Rio Grande. Rio Grande do Sul. 55 Fls. 2017.

RESUMO

O presente estudo tem como objetivo analisar de que forma a Residência Multiprofissional em Saúde da Família contribui para a Educação Permanente em Saúde da equipe da Estratégia Saúde da Família. A metodologia utilizada foi por meio da abordagem qualitativa, do tipo exploratória descritiva. Os participantes do estudo foram os integrantes da equipe multiprofissional da Unidade Básica Saúde da Família São João, localizada no município do Rio Grande/RS. A coleta de dados se deu por entrevista semiestruturada, gravada, através da técnica de grupo focal e, para a análise qualitativa, o método utilizado foi baseado na análise de conteúdo. O projeto obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa em Saúde da Universidade Federal do Rio Grande (CEPAS/FURG) e do Núcleo Municipal de Educação e Saúde Coletiva (NUMESC), da Prefeitura Municipal do Rio Grande/RS. Os resultados foram apresentados em três categorias: 1) Contribuições da Residência Multiprofissional em Saúde da Família através da Educação Permanente em Saúde 2) Mudanças no processo de trabalho da equipe 3) A importância e as formas de abordagem da Educação Permanente em Saúde. Evidencia-se que o residente multiprofissional é um importante catalisador de estímulos, pois o mesmo agrega mudanças com vistas à formação e ao desenvolvimento pessoal, profissional e das equipes, através da ferramenta Educação Permanente em Saúde. Concluiu-se que quando a Residência Multiprofissional em Saúde da Família, utiliza a educação como fundamento pedagógico, ela reorganiza o processo de trabalho, por meio da atualização de temas emergentes, estimula a reflexão e a discussão de casos com olhar multiprofissional e ainda institui o espaço de Educação Permanente em Saúde, que adiante qualificará a integralidade da atenção, o acolhimento, a clínica ampliada e a humanização do cuidado.

Descritores: Educação Permanente em Saúde, Equipe Multiprofissional e Equipe Interdisciplinar.

SUMÁRIO

| | |
|--|----|
| 1. INTRODUÇÃO | 6 |
| 2. OBJETIVOS | 11 |
| 2.1. OBJETIVO GERAL..... | 11 |
| 2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS | 11 |
| 3. REVISÃO DE LITERATURA..... | 12 |
| 3.1. CONCEITOS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE E EDUCAÇÃO CONTINUADA | 12 |
| 3.2. POLÍTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE | 14 |
| 3.3. LITERATURA CORRELATA | 15 |
| 3.4. RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA..... | 17 |
| 4. METODOLOGIA | 19 |
| 4.1 TIPO DE ESTUDO | 19 |
| 4.2 LOCAL DO ESTUDO | 19 |
| 4.3 SUJEITOS DO ESTUDO | 20 |
| 4.4 COLETA DE DADOS | 21 |
| 4.5 ANÁLISE DOS DADOS | 23 |
| 4.6 QUESTÕES ÉTICAS ENVOLVIDAS NO ENCAMINHAMENTO DA PESQUISA..... | 25 |
| 5. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS | 28 |
| 5.1. CONTRIBUIÇÕES DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA ATRAVÉS DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE..... | 28 |
| 5.2. MUDANÇAS NO PROCESSO DE TRABALHO DA EQUIPE | 29 |
| 5.3. A IMPORTÂNCIA E AS FORMAS DE ABORDAGEM DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE | 31 |
| 6. DISCUSSÃO | 35 |
| 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS | 43 |
| REFERÊNCIAS | 46 |
| APÊNDICE A | 51 |
| APÊNDICE B..... | 52 |
| APÊNDICE C..... | 53 |
| APÊNDICE D | 55 |

1. INTRODUÇÃO

A 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) ocorrida em 1986 e considerada o maior fórum de debates sobre a situação da saúde no Brasil, em seu relatório final gerou um documento que representa um marco na reestruturação do Sistema de Saúde Brasileiro. Desde então a saúde passou a ser considerada um direito fundamental que deve valer de maneira equitativa para todos os cidadãos, visando à construção de uma sociedade saudável. A relevância do fato serviu como referência para a implantação do item “saúde” pela primeira vez na Constituição Federal Brasileira, aprovada em 1988 (BRASIL, 1988).

Diante desta promulgação constitucional, a saúde passa a ter novas dimensões em seu conceito, pois para o indivíduo ser considerado saudável ele deve ter acesso a um conjunto de fatores como, alimentação, moradia, emprego, lazer, educação, etc. Assim, fica definido através do artigo 196 dessa constituição, que “saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução de riscos de doença e de outros agravos” (BRASIL, 1988, p.116).

Além disso, esse artigo constitucional prevê o direito das pessoas quanto ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação. A partir de então, a saúde ganhou rumos diferentes e para tanto foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), ficando destacada também, a característica de cobertura universal do sistema (BRASIL, 1988).

A partir de 1990, no SUS, foi iniciada a organização de um sistema de dimensão nacional, de caráter público, com princípios e diretrizes comuns em todo o território nacional, regulados a partir da aprovação, nesse mesmo ano, de duas importantes leis, a Lei nº 8.080/90, conhecida como Orgânica da Saúde e a Lei nº 8.142/90 que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros (BRASIL, 1990; BATISTA, 2015).

A Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990 dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Essa Lei regula em todo o território nacional as ações e os serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado. Institui também o Sistema Único de Saúde, constituído pelo conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações

mantidas pelo Poder Público. A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde em caráter complementar (BRASIL, 1990).

Conforme a Constituição Federal, o SUS fica instituído pelo artigo 198, do seguinte modo:

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I. Descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
II. Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III. Participação da comunidade.

Parágrafo único – O Sistema Único de Saúde será financiado, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes (BRASIL, 1988, p.117).

A expressão “Participação Social” surgiu e foi amplamente assumida no âmbito do SUS a partir da aprovação da Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde, entre outras providências. Essa instituiu as Conferências e os Conselhos de Saúde em cada esfera de governo (BRASIL, 1990).

A Constituição reconheceu e deu força constitucional a princípios e pensamentos defendidos pelo Movimento da Reforma Sanitária. Assim, valores sociais como o direito de acesso universal e a integralidade da atenção passaram a refletir a opção da sociedade por um sistema de saúde típico de um Estado de bem-estar, em substituição ao sistema excludente e desigual que existia antes de 1988 (BRASIL, 1988).

Para tanto, acreditando nesta proposta de reformulação do sistema de saúde brasileiro, ainda na Constituição foi atribuído aos gestores do SUS, através do artigo 200, inciso III, a responsabilidade de ordenar na formação e desenvolvimento de recursos humanos na área da saúde. Porém, esse mesmo artigo relata que há necessidade de compartilhamento da gestão com as esferas municipais, estaduais e federal, através da promoção de ações que complementem as políticas de saúde, pois as mesmas saberão avaliar as necessidades de saúde, de acordo com a sua região de abrangência (BRASIL, 1988).

Nessa perspectiva, O Ministério da Saúde (MS), em 2004, preconizou através da portaria nº 198/GM, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), destacando-a como estratégia do SUS para contribuir para a transformação e a qualificação das práticas de saúde, a organização das ações e dos serviços, dos processos formativos e das práticas pedagógicas na formação e no desenvolvimento dos trabalhadores de saúde. Logo,

esta qualificação objetiva fortalecer de forma positiva no controle social e, conseqüentemente, impactar na saúde individual e coletiva da população (BRASIL, 2004).

Através das Políticas de Saúde foram criados programas que objetivam formar e qualificar recursos humanos. Neste contexto, são incluídas as Residências Multiprofissionais em Saúde da Família, uma modalidade de pós graduação, *latu sensu*. Criadas através da cooperação entre o Ministério da Saúde e a Educação, visando inserir no SUS, profissionais qualificados, orientados pelos princípios e diretrizes do SUS (BRASIL, 2016).

Além disso, são norteadas por estratégias pedagógicas que se configuram através das Redes de Atenção à Saúde, tendo a atenção básica como espaço de trabalho. Utiliza-se também, de dispositivos de gestão ampliada o que garante a formação fundamentada na atenção integral, multidisciplinar e interdisciplinar e a educação permanente como eixo transversal e transformador da realidade (BRASIL, 2016).

Fazem parte dos profissionais da área da saúde: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional. De acordo com o programa, tais profissões, (re)constróem novos paradigmas de assistência à saúde, o que amplia a resolutividade da Estratégia Saúde da Família (ESF) e dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), na medida em que surge um novo perfil de especialista, embasado em questões de humanização e preparado para dar a resposta positiva frente às demandas de saúde do usuário, da família e da comunidade (BRASIL, 2016).

Atualmente, a Universidade Federal do Rio Grande (FURG), localizada no município do Rio Grande/RS, oferece este tipo de especialização de duas formas, através da Residência Integrada Multiprofissional Hospitalar com ênfase na atenção à Saúde Cardiometabólica do Adulto (RIMHAS) e da Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF). No caso da RMSF, sua equipe de formação é composta por 2 enfermeiras, 1 profissional de Educação Física e 1 psicólogo. Seus espaços de atuação são diferentes, pois a primeira atua com a atenção secundária e/ou terciária, ou seja, visa o atendimento de alta complexidade realizada no ambiente hospitalar, enquanto, que a segunda atua na atenção primária (FURG, 2016).

A Residência Multiprofissional em Saúde da Família foi instituída no município, em 2010, articulada através de uma parceria entre a FURG e a Secretaria Municipal de Saúde (SMS). A formação se dá através da inserção dos profissionais já citados, anteriormente, em Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF). Atualmente, a SMS disponibiliza duas unidades para especializar estes profissionais: a UBSF São João e a Castelo Branco.

Nesse cenário, atuo como enfermeira residente na UBSF São João, que se trata de uma unidade de saúde da família de estrutura física pequena, localizada em uma área da cidade com vulnerabilidades sociais. Neste local, atuam como equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF), 1 enfermeira, 1 técnicos de enfermagem, 1 auxiliar de enfermagem, 1 médica, 6 agentes comunitários de saúde, 1 dentista, 1 auxiliar de saúde bucal e a equipe do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), composta, por 1 psicóloga, 1 professor de educação física, 1 nutricionista, 1 assistente social e 1 fisioterapeuta. O total de pessoas atendidas por esta equipe é de, aproximadamente, 5760 pessoas, distribuídas entre os bairros São João e Bosque.

No fluxo de atividades nessa unidade de saúde encontra-se o momento em que são trazidos pelos diversos componentes da equipe os casos demandados pelos usuários. Momento em que são discutidos aspectos da doença, da pessoa e da família e, a partir disso, planejam as condutas que serão aplicadas. Há uma articulação, coletiva e interdisciplinar, nesse espaço de discussão, o que permite a equipe formar metas que se baseiam no olhar multiprofissional, aspecto fundamental para a construção do plano terapêutico do paciente. Tal importância se dá, pois o paciente deixa de estar vinculado somente à doença, e passa a ser valorizado também pelo meio cultural, social e econômico no qual está inserido.

Cabe sustentar, que este local de troca de conhecimento, direciona-se para o Projeto Terapêutico singular (PTS), pois há uma incorporação da noção interdisciplinar e da visão distinta das diferentes profissões que integram a equipe e que articulam as condutas terapêuticas, para um sujeito individual ou coletivo. A Política de Humanização do SUS divide o PTS em quatro fases: o diagnóstico, a definição de metas, a divisão de responsabilidades e a reavaliação (BRASIL, 2007)

Por isso, em função da alta demanda de procura do usuário frente à UBSF, exigindo da equipe saber, constantemente, sobre os mais variados assuntos relacionados ao processo saúde/doença, tem-se a Educação Permanente em Saúde como uma importante ferramenta para a atualização e troca entre a equipe multiprofissional.

Neste sentido, como residente e atuando nesta unidade de saúde, percebo a necessidade de reconhecimento destes encontros de trocas e que os mesmos passem a ter significados, buscando com isso não só o aprimoramento do atendimento ao usuário, mas também à valorização de cada membro desta equipe no planejamento e no almejo de metas ao atendimento. Viso, com isso, desmistificar as escalas hierárquicas culturalmente impostas relacionadas ao grau de importância de cada profissão e problematizar/instigar a busca por um atendimento cada vez mais multiprofissional e humanizado, enriquecido pelos próprios membros da equipe.

Diante de tal realidade e por saber que a RMSF, além de ser uma formação em trabalho, também conduz a ferramenta da educação como método de aperfeiçoamento do profissional da saúde e como forma de promover mudanças nas práticas de saúde do SUS. Acredito que a Educação Permanente em Saúde, especificamente, auxilia o profissional a produzir melhores resultados ao cidadão e as coletividades, além de trazer melhorias no processo de trabalho. Por isso, surgiu a seguinte questão de pesquisa:

“De que forma a Residência Multiprofissional em Saúde da Família contribui para a Educação Permanente em Saúde da Estratégia Saúde da Família?”

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GERAL

Analisar de que forma a RMSF contribui para a Educação Permanente em Saúde da equipe da Estratégia Saúde da Família.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1 – Identificar as facilidades e dificuldades para a realização da Educação Permanente em Saúde articulada entre a RMSF e a Estratégia Saúde da Família;

2 - Identificar a importância da Educação Permanente em Saúde para cada um dos componentes da equipe da Estratégia Saúde da Família.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1. CONCEITOS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE E EDUCAÇÃO CONTINUADA

Silva (2009) define Educação Continuada (EC) como sendo um conjunto de práticas usuais que trabalham a educação em saúde visando à mudança pontual no modelo hegemônico de formação e atenção à saúde. Busca promover a capacitação dos profissionais, por meio da atualização de seus conhecimentos para atuação no setor, considerando que tal aquisição de conhecimento está diretamente relacionada à melhora da sua capacidade profissional e de seu desenvolvimento pessoal.

A EC é uma prática que acontece através de treinamentos, reciclagens e capacitações, além disso, são organizadas de forma que há um início e um fim, ou seja, já há um tempo pré determinado para o seu término, não é uma prática contínua. Sua metodologia pedagógica é fundamentada através de aulas, palestras e conferências que ocorrem fora do ambiente de trabalho. Outra característica da EC é a frequência com que ocorre, pois essa é esporádica. Seu principal objetivo é a atualização técnico-científica, visa à temática de especialidade. Caracteriza-se também por ser uniprofissional e autônoma (AZEVEDO apud SILVA, PEDUZZI, 2015)

Segundo Peduzzi e colaboradores (2009), a EC é uma extensão do modelo escolar e acadêmico, por isso se caracteriza esta modalidade como sendo sua fonte de conhecimento o técnico científico, com ênfase em cursos e treinamentos voltados para cada núcleo profissional. Os autores destacam também, que o profissional é orientado por conhecimento e comportamento institucionalizado e pré estabelecido, não permitindo uma reflexão crítica acerca das necessidades do usuário e do cuidado prestado a ele e, também, da sua prática, pois seguem uma abordagem consagrada pela racionalidade instrumental, independentemente das particularidades de saúde da área específica de atuação e da pessoa. A EC reproduz os valores predominantes do setor saúde, que se referem à fragmentação das ações, hierarquização das relações de trabalho, trabalho individualizado por profissional e paroxismo técnico científico.

Já a Educação Permanente em Saúde (EPS), visa aproximar educação e trabalho, concebidos, como práticas sociais. Para tanto, são citados como características de EPS a valorização do trabalho como fonte do conhecimento, a busca de articulação dos processos educativos de trabalhadores com o cotidiano dos processos de trabalho e com a busca de articulação com a atenção à saúde, a gestão e o controle social, o reconhecimento de que as práticas são definidas por múltiplos fatores e dimensões, a orientação das ações educativas de

trabalhadores para a integração do trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar; a utilização de estratégias de ensino contextualizadas e participativas e a busca da transformação das práticas de saúde dado o reconhecimento dos limites das abordagens vigentes no atendimento integral às necessidades de saúde dos usuários e população (MONTANHA, 2010; FERRAZ (2012).

A EPS constitui um projeto político pedagógico que visa à transformação das práticas de saúde, buscando sempre a integralidade, do trabalho em equipe e da ampliação da cidadania e autonomia dos sujeitos envolvidos, seja o trabalhador ou o usuário. Para isso, as ações educativas dos trabalhadores partem sob dois aspectos interrelacionados: levantamentos de necessidades, considerando a tríade usuário, trabalhador e serviço, e os resultados esperados a partir das ações educativas. Além disso, é centrado na proposta multiprofissional, contínua e de transformação das práticas, além de ser baseada em problemas de saúde contextualizados (CECCIM, 2005; MONTANHA, 2010).

Diante disso, cabe definir a EPS como sendo um aprendizado no trabalho, no qual o aprender e o ensinar são incorporados ao cotidiano laboral e das organizações. Logo, a proposta é que o processo educativo ocorra no local de convivência dos profissionais, embasado nos problemas e nos conhecimentos prévios de cada membro da equipe, objetivando com isso transformar as práticas e a dinâmica organizacional, mediante a proposta de problematização do trabalho, por meio da compreensão das questões sociais, valorizando as vulnerabilidades da população na qual é atendida nesta instituição, levando em consideração o usuário e o meio em que ele está inserido (BRASIL, 2009; SILVA, 2013; TRINDADE, 2015).

A EPS é uma estratégia para que mudanças ocorram nas práticas de saúde, orientada para a melhoria da qualidade dos serviços. Urge da reflexão da equipe multiprofissional, sobre o que está acontecendo no serviço e o que precisa ser transformado. A EPS é compreendida como sendo a educação no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho, cuja finalidade é melhorar a assistência em saúde. Em função disso, há uma necessidade de reflexão sobre as contribuições e as mudanças que a EPS trás para as práticas de saúde, ressaltando que as possibilidades de mudanças dependem da estrutura organizacional dos serviços de saúde e suas práticas de gestão (VIANA, 2015).

3.2 POLÍTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

A Educação Permanente em Saúde conceituada, como aprendizagem no trabalho, no qual o aprender e o ensinar estão incorporados nas práticas laborais do trabalhador, consolidou-se através da reflexão das ações/vivências do cotidiano da equipe multiprofissional, onde há uma troca mútua de conhecimento entre os trabalhadores, levando em consideração à integralidade da atenção a saúde, que envolve: o conceito ampliado de saúde, o trabalho em equipe multiprofissional e transdisciplinar; a ação intersetorial; aproximação do conhecimento e do trabalho com os perfis epidemiológicos, demográficos, econômicos, sociais e culturais da população de cada local e com os problemas, regionais, estaduais e nacionais (doenças prevalentes ou de impacto na saúde pública).

Cabe levar em consideração que o conceito de EPS consolidou-se, no Brasil, a partir da homologação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Instituída e definida através da portaria nº 198/GM/MS, em 13 de fevereiro de 2004, como sendo uma “estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores do setor”. A Educação Permanente em Saúde promove uma união entre o aprendizado, à reflexão crítica sobre o trabalho e a resolutividade da clínica e da promoção da saúde coletiva (BRASIL, 2004).

Percebe-se que além do conceito pedagógico estabelecido entre o ensino, as ações e os serviços, a PNEPS ampliou esse conceito e incluiu as relações entre a formação e a gestão setorial, desenvolvimento institucional e controle social em saúde (BRASIL, 2007).

Para tanto, há uma necessidade de responsabilização para a condução da política em cada região. Para isso, foram criados, inicialmente, os pólos de educação permanente, que eram instâncias colegiadas que permitiam a articulação entre o diálogo, a negociação e a pactuação interinstitucional; funcionando como dispositivos para o SUS. Tais pólos visam instituir mudanças nas práticas de educação em saúde e nas práticas laborais, por meio das rodas de debates e da construção coletiva. (BRASIL, 2004; ANDRADE, 2011).

Em 2007, entrou em vigor a Portaria nº 1.996, do Ministério da Saúde, que diz em parágrafo único que “A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde deve considerar as especificidades regionais, a superação das desigualdades regionais, as necessidades de formação e desenvolvimento para o trabalho em saúde e a capacidade já instalada de oferta institucional de ações formais de educação na saúde”. Além disso, classifica como responsável por conduzir a política, no âmbito regional, os colegiados de gestão regional, com

a participação das comissões permanentes de Integração ensino/serviço (CIES) (BRASIL, 2007).

3.3 LITERATURA CORRELATA

Em pesquisa realizada com enfermeiros da ESF foi evidenciado que existe dificuldades para a realização de EPS, sendo citado, principalmente, a demanda elevada de usuários, atrelada a sobrecarga de trabalho do enfermeiro, o que na percepção dos entrevistados está relacionado à falta de tempo para as atividades educativas (VIANA; VIEIRA et al, 2015).

Os autores acrescentam, também, que o número de funcionários é insuficiente para a quantidade de usuários atendidos e, por isso, as atividades de EPS ficam em segundo plano, já que a enfermagem acaba detendo-se a procedimentos técnicos, o que na visão deles traz resultados negativos, pois acarreta no comprometimento da qualidade da assistência prestada à população. Além disso, ressaltam as limitações que enfrentam no cotidiano do serviço para a efetivação da EPS, justificadas pelas inúmeras funções que realizam (VIANA; VIEIRA et al, 2015).

Para Signor e colaboradores (2015) o grande desafio encontrado para a realização de EPS está relacionado à rotatividade, a falta de recursos humanos, ao diminuto número de trabalhadores e a alta demanda de atendimento.

Destaca-se também que além da sobrecarga com procedimentos centrados no modelo assistencial curativo, os profissionais de enfermagem se responsabilizam com questões administrativas e burocráticas da unidade de saúde e que, por isso, se distanciam da EPS, pois tais funções os impendem de articular e planejar as atividades de educação. Ainda, destacam o desinteresse dos gestores com a EPS, o que dificulta a sua concretização (VIANA; VIEIRA et al, 2015).

Há uma dificuldade de compreensão do termo EPS, além do conflito conceitual que difere EC de EPS. Por outro lado, os enfermeiros compreendem a EPS como necessidade e expressam a importância de sua realização para o serviço, pois julgam a atualização de conhecimento necessária para a melhora da qualidade do atendimento ao usuário. (VIANA et al, 2015).

Para Silva e Terra (2014) a multiprofissionalidade é uma forma de atuação profissional e uma manifestação de EPS e que cada núcleo profissional contribui positivamente para qualificar a atenção prestada ao usuário. Contribui também sob o aspecto

de que a EPS é uma prática que promove os espaços coletivos identificados, através de seminários de núcleos e campo. Segundo os autores, é uma formação, que possibilita a reflexão sobre a prática profissional diária e o agir multiprofissional como produtor de ações de saúde.

Segundo Paim e Backes (2015), o processo de EPS é lento e progressivo que não pode perder o foco principal que é a qualidade do cuidado. A EPS é uma importante ferramenta de transformação, pois exige continuidade do serviço e compromisso dos profissionais para modificar o cenário diário em que estão inseridos. Além disso, reconhece a EPS como sendo um processo de (re)construção e (re)definição do perfil profissional, que visa destacar a principal qualidade do serviço prestado, com base em um contexto de humanização.

Na visão de agentes comunitários de saúde a EPS é sacrificada e desvalorizada em função da sobrecarga de trabalho e que isso passa a ser um aspecto dificultador. Para eles há uma necessidade de sensibilização quanto a importância do EPS para a qualificação do processo de trabalho dos ACS, de forma a instrumentalizá-los para promover uma assistência de qualidade. Além disso, destacam a necessidade da escolha dos temas serem embasados no cotidiano de cada equipe da ESF (ALVES et al, 2013).

Soma-se a isso a realidade de que quando se trata de Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, constata-se que poucos trabalhadores relacionam suas atividades diárias com a mesma, pois segundo eles as práticas continuam individualizadas e voltadas principalmente para as especificidades de cada profissão ou para temas emergentes. E que os profissionais não identificam suas práticas como sendo de EPS (CUNHA et al, 2014).

Segundo os/as autores anteriormente citados há lacunas que dificultam a implantação da PNEPS na prática cotidiana das instituições de saúde, principalmente, no que tange às metodologias diferenciadas que visem a integralidade e que respeitem as necessidades dos trabalhadores, dentre as quais está a autonomia. Citam a autonomia como sendo uma ferramenta fundamental para aplicabilidade da EPS e, conseqüente, melhora na atuação frente as necessidades da Atenção Básica de Saúde (CUNHA et al, 2014).

São citadas neste estudo, como sendo as principais dificuldades no cotidiano dos trabalhadores relacionados à EPS: falta de capacitações, falta de qualificação e falta de incentivo para o aprimoramento das atividades. Além disso, são discutidas as atividades facilitadoras do desempenho dos trabalhadores, sendo as mais manifestadas, respectivamente, capacitações, conhecimento e qualificações.

3.4 RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Segundo o Censo de Educação Superior divulgado pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas (INEP), o Brasil possui 2.391 instituições de ensino superior, oferecido através de universidades, faculdades, institutos superiores e centros de educação tecnológica. Além da graduação, são ofertados também os cursos de pós graduação, nos quais são divididos em duas modalidades: *lato sensu*, que contempla as especializações, as residências e as MBA's e *strictu sensu*, contemplado por mestrados e doutorados (BRASIL, 2016).

A Universidade Federal do Rio Grande (FURG) por ser uma grande formadora de profissionais para o setor saúde oferece as graduações de enfermagem, medicina, psicologia, educação física e ciências biológicas. Além disso, qualifica os profissionais para o SUS, através das residências da área médica e da multiprofissional (FURG, 2016).

Na área médica, possui residência em anesthesiologia, cirurgia geral, clínica médica, infectologia, cirurgia do aparelho digestivo, de família e comunidade, obstetrícia e ginecologia, ortopedia e traumatologia, pediatria e neonatologia. Já as residências multiprofissionais são: a integrada multiprofissional hospitalar com ênfase na atenção a saúde cardiometabolica do adulto e a multiprofissional em saúde da família (FURG, 2016).

As residências multiprofissionais em área profissional da saúde foram criadas a partir da promulgação da lei Federal nº 11.129 de 30 de junho de 2005 e suas caracterizações ficam especificadas através do artigo 13, inciso 1º e 2º (BRASIL, 2005, p. 2):

Art. 13. Fica instituída a Residência em Área Profissional da Saúde, definida como modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu*, voltada para a educação em serviço e destinada às categorias profissionais que integram a área de saúde, excetuada a médica.

§ 1º A Residência a que se refere o caput deste artigo constitui-se em um programa de cooperação intersetorial para favorecer a inserção qualificada dos jovens profissionais da saúde no mercado de trabalho, particularmente em áreas prioritárias do Sistema Único de Saúde.

§ 2º A Residência a que se refere o caput deste artigo será desenvolvida em regime de dedicação exclusiva e realizada sob supervisão docente-assistencial, de responsabilidade conjunta dos setores da educação e da saúde.

A residência multiprofissional em saúde da família (RMSF), no município do Rio Grande-RS, teve início no ano de 2010 e constituiu-se pela cooperação interinstitucional entre educação e saúde. A Secretaria Municipal da Saúde e a FURG são aliadas na atenção à saúde da população do município. Em função desta união a RMSF atua na Estratégia de Saúde da Família buscando aperfeiçoar e qualificar os profissionais em formação que integram a sua equipe, de modo a permitir a reflexão sobre o sistema de saúde e sobre os processos de trabalho locais, além de articular o exercício permanente da educação em serviço e

propor práticas que integram o ensino, a pesquisa e a extensão seguindo os princípios e diretrizes do SUS (FURG, 2016).

A RMSF tem como objetivo formar profissionais críticos, que refletem sobre os processos de trabalho e com características humanizadas, além de serem capazes de buscar solução para as demandas do usuário e dos trabalhadores da saúde, refletindo sobre as questões sociais e o contexto da comunidade. Assim, a residência é uma experiência enriquecedora para o especializando, para a articulação da rede de saúde e para a população (FURG, 2016).

4. METODOLOGIA

4.1. TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa, do tipo exploratório descritivo. Uma pesquisa qualitativa emprega diferentes concepções filosóficas; estratégias de investigação e métodos de coleta, análise e interpretação de dados. Nesse estudo, os procedimentos qualitativos foram baseados em dados de texto, apresentando passos singulares na análise dos dados a partir da estratégia de investigação proposta (CRISWELL, 2010; POLIT; BECK, 2011).

A pesquisa qualitativa pretende aprofundar a compreensão dos fenômenos que investiga a partir de uma análise rigorosa e criteriosa desse tipo de informação, isto é, não pretende testar hipóteses para comprová-las ou refutá-las ao final da pesquisa; a intenção é a compreensão (POLIT; BECK, 2011).

Uma pesquisa de caráter descritivo procura descrever os fatos e fenômenos de uma determinada realidade, enquanto a pesquisa exploratória busca aumentar a experiência em torno do problema, adquirindo um maior conhecimento sobre o mesmo (VIEIRA, 2009).

4.2. LOCAL DO ESTUDO

Este estudo foi realizado na Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) São João, localizada no bairro São João, no município do Rio Grande/RS. Esta unidade de saúde atende a área 12 da Estratégia Saúde da Família, na qual é subdivida em sete microareas (MA). A área 12 atende usuários dos bairros São João e Bosque.

Segundo informações dos agentes comunitários de saúde (ACS), esses bairros possuem características distintas entre as microareas, pois algumas possuem moradores idosos e que a renda familiar provém da aposentadoria. Enquanto que outras áreas caracterizam-se por moradores jovens, entre os quais um número considerável de usuários de drogas. Ainda, existe um número expressivo de mulheres e travestis, profissionais do sexo, que trabalham na área de cobertura da equipe da ESF, mas que segundo ACS, não são moradores dos bairros.

A equipe da estudada relata que o maior número de atendimentos está centrado em pacientes com Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus e problemas relacionados à saúde mental, principalmente depressão.

Os bairros, conforme observação em campo pelos residentes da Saúde da Família e informações da equipe da ESF, não possuem saneamento básico. A Unidade atende através do

Programa Saúde na Escola as três escolas. No bairro São João, a Escola de Ensino Fundamental São João e a de Educação Infantil Tia Luízinha e, no Bairro Bosque, a Escola de Ensino Fundamental Dom Pedro II. Possuem como área de lazer uma Praça e a academia ao ar livre.

É um bairro com vulnerabilidades com ocorrências relacionadas ao tráfico de drogas, prostituição e violência. Citam também a existência de várias tendências religiosas, entre as quais a umbanda, como principal e, com menor frequência a católica e a evangélica. Cabe destacar que, atualmente, a equipe desta UBSF atende cerca de 5760 pessoas o que ultrapassa o número estipulado pelo Ministério da Saúde que prevê que cada equipe de Saúde da Família seja responsável por no máximo 4000 pessoas (BRASIL, 2012).

Atualmente, esta unidade conta com apenas uma equipe da ESF composta por uma enfermeira, uma médica, uma técnica de enfermagem, duas auxiliares de enfermagem, seis agentes comunitárias de saúde, uma odontóloga e uma auxiliar de saúde bucal.

4.3 SUJEITOS DO ESTUDO

Conforme configuração proposta pelo Ministério da Saúde, a equipe da ESF deve ser composta por, no mínimo, um profissional de cada especificidade: médico generalista ou especialista em saúde da família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família e comunidade, auxiliar ou técnico de enfermagem, agentes comunitários de saúde, profissionais de saúde bucal (cirurgião dentistas generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico em saúde bucal) (BRASIL, 2012).

Para tanto, foram considerados como participantes deste estudo a equipe multiprofissional da ESF São João, composta por: 1 médico, 1 enfermeiro, 1 técnico de enfermagem, 2 auxiliares de enfermagem, 1 odontólogo, 1 auxiliar de saúde bucal e 6 agentes comunitários de saúde, não incluindo, a equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, pois não participaram das reuniões de equipe e, por isso, ficou invalidada a sua participação. Além da equipe mínima da ESF, também participou deste estudo 1 profissional de serviços gerais.

Cabe destacar que ocorreu à exclusão de um burocrata e de uma auxiliar de enfermagem, ambos foram evidenciados como participantes no projeto deste estudo. O burocrata, por não estar fazendo parte da equipe no período de coleta de dados e o auxiliar de enfermagem por ter sido remanejado para outra equipe da ESF.

Em virtude da garantia do anonimato foram utilizados codinomes para cada profissional, especificado da seguinte forma: médico (Antúrio), enfermeiro (Astromélia),

técnico de enfermagem (Cravo), auxiliar de enfermagem (Crisantemo), odontólogo (Copo de leite), auxiliar de saúde bucal (Gardenia), agente comunitário de saúde (Gloriosa1, Gloriosa2, Gloriosa 3, Gloriosa 4, Gloriosa 5, Gloriosa 6) e serviços gerais (Margarida).

Foram critérios de inclusão para a participação, aceitar participar do estudo, estar presente nas reuniões de equipe em que sucederam as entrevistas e as atividades de EPS, ser integrante da equipe mínima da ESF, acrescida do burocrata e do profissional de serviços gerais.

E, foram apontados como critérios de exclusão, não aceitar participar do estudo, estar de licença (saúde, maternidade, outros) e estar de férias.

4.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados se deu por meio da técnica de Grupo Focal (GF), que se caracteriza por ser uma entrevista em grupo, na qual há um diálogo a respeito de um tema particular, vivenciado e compartilhado através de experiências comuns, ao receber estímulos apropriados para o debate (POPE; MAYS, 2009).

Os temas discutidos foram elaborados a partir de situações reconhecidas como relevantes acerca “de que forma a RMSF contribui para a Educação Permanente em Saúde da Estratégia Saúde da Família”. A técnica de coleta foi escolhida por se tratar de uma equipe em que a realidade é o trabalho multiprofissional e interdisciplinar e, por isso, a aplicabilidade do GF trouxe resultados positivos para esta pesquisa, pois a interação e a discussão entre estes profissionais é algo comum no cotidiano desta unidade de saúde.

Ao discutir tal técnica, evidenciou-se que as peculiaridades da mesma são valorizadas por POPE, MAYS e organizadores (2009) que descrevem o procedimento como uma forma de reconhecimento do espaço para discussão, pois instiga a reflexão e a crítica a respeito do processo de trabalho e da qualidade do atendimento prestado ao usuário.

No grupo focal há a segmentação de interesses, de questionamentos e de diferentes percepções sobre um determinado fenômeno social, cria-se então uma forma de linguagem específica do grupo tornando a reflexão dos temas mais ampla e completa, pois estimula nos participantes a criação de opiniões mais críticas. Consequentemente torna os assuntos abordados mais problematizados se comparados à técnica de entrevista individual.

A interação grupal é uma das características próprias desta técnica visto que a expressão coletiva serve como elemento para explorar as diversas ideias (KITZINGER, 1994, BACKES et al, 2011).

Segundo Leny (2009) para que o grupo focal ocorra, o pesquisador deverá organizar e planejar a técnica, levando em consideração os seguintes aspectos: recursos necessários (materiais e humanos), definição do número dos participantes, grupos a serem realizados, perfil dos participantes e tempo de duração.

Diante desses aspectos, foi participante do grupo focal o total de 13 pessoas, o que constitui um único grupo para a realização da técnica. A utilização da técnica de Grupo Focal se deu por meio de reunião de equipe, junto com as atividades de EPS. A reunião é um espaço onde a equipe multiprofissional discute questões relacionadas aos usuários, bem como, processos de trabalho. Tal evento ocorre, semanalmente, na quarta-feira e, para isso, a unidade de saúde fica fechada, no turno da tarde, para o atendimento externo.

As atividades de EPS foram implantadas com o início das atividades da RMSF nesta unidade, a partir do mês de maio de 2016. Com isso, os encontros de EPS passaram a fazer parte do cronograma mensal da UBSF. Diante do exposto, ficou estipulada a ocorrência dessas atividades, na última quarta-feira de cada mês.

Por esse motivo, a aplicação da entrevista de grupo focal ocorreu nesta mesma data, já que está definido tal espaço no cronograma da unidade de saúde. Antes do início de cada encontro foi ressaltado, previamente, o propósito da pesquisa, bem como a autorização por meio do consentimento dos participantes na pesquisa.

Os encontros ocorreram no salão de reuniões de equipe, por tratar-se de um ambiente acolhedor, confortável e que assegura a privacidade dos entrevistados. Além disso, por ser um dia em que a unidade não está aberta para atendimentos externos e, por isso, livre de ruídos ou intervenções por parte das demandas dos usuários e do próprio processo de trabalho, o dia da semana e o ambiente facilitaram o debate, o que permitiu o aprofundamento nas discussões entre os participantes.

Destaca-se também que esse local possui uma mesa retangular o que propiciou a disposição dos participantes em torno dela possibilitando com que todos se percebessem e, por esse motivo, facilitou a interação entre eles. Além disso, as sessões foram gravadas através de dois dispositivos de MP4 o que permitiu a transcrição e análise da entrevista.

A constituição dos encontros de grupo focal se deram com periodicidade de quatro sessões e, em cada uma dessas, houve um tema que norteou a discussão entre os participantes. Sendo que foi elaborado um cronograma para cada encontro, com o objetivo de facilitar o entendimento dos participantes a respeito do tema a ser abordado. O cronograma foi entregue junto com o termo de consentimento assinado pelo participante.

Na primeira sessão de grupo focal foi discutido, previamente, ao início da entrevista, o conceito de EPS, como sendo:

A Educação Permanente é uma estratégia importante para a concretização das mudanças nas práticas de saúde, orientada para a melhoria da qualidade dos serviços. Parte, portanto da reflexão sobre o que está acontecendo no serviço e sobre o que precisa ser transformado, pois a EPS é aqui compreendida como a educação no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho, cuja finalidade é melhorar a assistência em saúde (VIANA et al, 2015).

O cronograma foi planejado com base nos objetivos desta pesquisa, por meio de um roteiro semiestruturado (APÊNDICE A) contendo as seguintes questões:

Vocês percebem alguma mudança no processo de trabalho da equipe a partir da Educação Permanente em Saúde? Quais?

Quais os benefícios da Educação Permanente em Saúde no processo de trabalho da equipe?

Vocês consideram adequada a periodicidade e os temas abordados nas atividades de Educação Permanente em Saúde?

As entrevistas de grupo focal tiveram a duração média de 100 minutos. Respeitando, com isso, a técnica, pois a mesma é considerada adequada quando os encontros possuem como tempo de duração uma variação de 90 (tempo mínimo) e 110 minutos (tempo máximo).

Cabe evidenciar que o próprio pesquisador foi o moderador dos encontros e o burocrata que não foi participante do estudo, executou a função de observador externo. O moderador é o responsável pela dinâmica do grupo, ou seja, ele é o causador da fluidez do debate. Portanto, para que tal fato ocorra é necessário que o moderador tenha conhecimento do tema em discussão para que assim consiga executar sua função adequadamente, que é de conduzir o grupo, por esse motivo, justico o próprio pesquisador ser o moderador desse processo. Já o observador externo, executou a função de captar a reação dos participantes e fazer as anotações

A coleta de dados ocorreu a partir da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande FURG (CEPAS/FURG) e do Núcleo de Municipal de Educação e Saúde Coletiva (NUMESC) da Prefeitura Municipal do Rio Grande/RS.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Para a análise qualitativa, o método utilizado se baseou na análise de conteúdo, definida como um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando obter por

procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores, quantitativos ou não, que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção destas mensagens. Logo, este tipo de análise, utiliza-se da comunicação como ponto de partida, ou seja, é sempre feita a partir da mensagem e tem por finalidade a produção de inferências, que servem para esclarecer as causas da mensagem ou as consequências que elas podem causar (BARDIN, 2009, 2011).

A análise de conteúdo divide-se em três grandes etapas, nas quais são fundamentais para o desenvolvimento da técnica, pois servem de ferramentas que organizam o desenvolvimento da mesma. Tais etapas são seguidas em ordem cronológica, iniciando-se pela pré-análise, após pela exploração do material e, por fim, pelo tratamento dos resultados, da inferência e das interpretações (BARDIN, 2009, 2011).

A pré-análise é considerada a fase de organização, que tem por objetivo operacionalizar e sistematizar as ideias iniciais que permitam a condução de um esquema preciso do desenvolvimento das próximas operações. Diante disso, segue-se a escolha dos documentos a serem submetidos a análise, a formulação das hipóteses e dos objetivos e a elaboração de indicadores que fundamentem a interpretação final, sendo que estes fatores não seguem uma ordem cronológica, mas estão ligados uns aos outros, ou seja, para que um aconteça, o outro precisa existir (BARDIN, 2011).

Nesta situação, utilizam-se diferentes tipos de procedimentos, sendo citados: a leitura flutuante, a constituição do *corpus* e a reformulação de hipóteses e de objetivos. A leitura flutuante é quando se estabelece contato com os documentos a analisar e se conhece o texto. Nessa etapa são elaboradas as hipóteses e os objetivos da pesquisa. Para a autora, o termo flutuante define a precisão do texto a cada passo da leitura, de forma gradual, esta passa a ser mais precisa e compreensível pelo indivíduo que analisa o texto, em função das hipóteses e das teorias que o sustentam (BARDIN, 2009; 2011).

Após a seleção de documentos para a análise, se faz a constituição do *corpus*. Essa etapa significa organizar o material de forma a responder algumas regras de validade, para isso, são citadas as regras de exaustividade, de representatividade, de homogeneidade e de pertinência. Na regra de exaustividade todos os aspectos do texto devem ser contemplados, é preciso ter em conta todos os elementos do corpus, se esgota a totalidade do texto. Já na regra da representatividade o material deve representar de forma fidedigna o universo estudado. Enquanto que na regra de homogeneidade, todos os documentos devem obedecer a critérios precisos de escolha e não apresentar demasiada singularidade fora desses critérios, ou seja,

obedecer precisão ao tema. E por fim, na regra de pertinência, os conteúdos devem ser adequados aos objetivos do trabalho (BARDIN, 2011).

A formulação das hipóteses e dos objetivos ocorre quando os dados são codificados a partir das unidades de registros (palavra ou frase), a unidade de contexto, sendo a delimitação do contexto de compreensão da unidade de registro; os recortes, a forma de categorização, a modalidade de codificação e os conceitos teóricos mais gerais que orientarão a análise. Para o autor a hipótese é uma informação provisória que nos propomos a verificar, recorrendo aos procedimentos de análise, e o objetivo é a finalidade geral a que nos propomos, o quadro teórico e/ou programático, no qual os resultados obtidos serão utilizados (BARDIN, 2011).

Após esse processo, ocorre a exploração do material, na qual se trata da análise do texto de forma sistemática, baseada nas categorias formadas no processo anterior. Essa fase consiste, essencialmente, em operações de codificação, decomposição ou enumeração, se classifica os elementos segundo suas semelhanças e por diferenciação, com posterior reagrupamento, em função de características comuns (BARDIN, 2011).

A última etapa é chamada de tratamento dos resultados obtidos e interpretação. Nessa os resultados brutos são tratados, ou seja, as categorias que serão utilizadas como unidades de análise são submetidas a operações estatísticas simples ou complexas, dependendo do caso, de maneira que permitam ressaltar as informações obtidas. Após são feitas as inferências e as interpretações previstas no quadro teórico (BARDIN, 2011).

4.6 QUESTÕES ÉTICAS ENVOLVIDAS NO ENCAMINHAMENTO DA PESQUISA

Os aspectos éticos foram respeitados, com garantia a proteção dos direitos humanos, conforme as recomendações da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde - CNS (BRASIL, 2012), que normatiza e considera o respeito pela dignidade e proteção humana, no caso em que as pesquisas científicas envolvem seres humanos. Além disso, considera os aspectos éticos inerentes ao desenvolvimento científico e tecnológico, visando incorporar, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, referenciais da bioética (autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade), bem como, assegura direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade e ao Estado. O projeto foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa em Saúde da Universidade Federal do Rio Grande (CEPAS/FURG) e do Núcleo Municipal de Educação e Saúde Coletiva (NUMESC) (APÊNDICE B), da Prefeitura Municipal do Rio Grande/RS. A pesquisa foi desenvolvida a partir da aprovação desses dois núcleos.

Em momento anterior à realização da entrevista de GF foi solicitada a participação voluntária dos integrantes da equipe multiprofissional da ESF São João, concomitante, obtiveram a garantia de utilização e obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C). Esse documento visou explicar, sob forma escrita, informações claras sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais de riscos e incômodos que esta possa acarretar. Ainda, serão utilizadas medidas que compreendam a privacidade, anonimato e proteção do(a) participante; o respeito aos valores culturais, socioeconômicos, religiosos e éticos.

Além disso, assume-se o compromisso em preservar a identidade dos participantes, mediante a confidencialidade dos dados; além da garantia de acesso aos responsáveis pela pesquisa em qualquer momento durante a sua realização e, posteriormente, com a revelação dos resultados. Vale lembrar também, que obtivemos ofício de autorização institucional, permitindo por meio do consentimento da coordenadora da UBSF São João, a validação da pesquisa neste local (APÊNDICE D).

Clarificamos aos participantes que possivelmente não há riscos à integridade física, psicológica e social deles.. Os riscos foram baseados nos mínimos previstos, sendo eles: constrangimento com o método de coleta de dados, que foi por meio de uma entrevista gravada ou, ainda, a reflexão sobre suas falas durante a coleta de dados e posterior desistência da participação da pesquisa. Havendo qualquer abalo de natureza emocional que afete os participantes no decorrer do estudo, estes poderão abandonar a pesquisa, sem que isto lhes acarrete prejuízos de qualquer natureza. Seus dados não serão utilizados no estudo. Nesse caso será disponibilizada consulta com psicóloga do NASF para apoio emocional e esclarecimentos.

Percebe-se que a EPS, é uma forma de beneficiar a equipe e o usuário do SUS. Por isso, influenciar a equipe através desta prática estimula que novos encontros de EPS ocorram, mesmo quando o cenário não estiver composto pela RMSF. A Educação Permanente em Saúde fortalece o vínculo entre a equipe multiprofissional e torna o cuidado ao usuário mais apropriado, pois o profissional através dos encontros de EPS, veem refletindo e formando opiniões críticas sobre as necessidades locais do usuário e do próprio processo de trabalho. Os resultados serão tornados públicos, por meio da divulgação à equipe multiprofissional da ESF São João, através de um seminário, com o objetivo de valorizar o trabalho realizado junto com a mesma. Além disso, também serão divulgados através da publicação de periódicos científicos e participação em eventos locais, nacionais e pelo site da

escola de enfermagem, da Universidade Federal do Rio Grande. Portanto, vale notar que os benefícios tornam-se muito mais evidentes do que os riscos

O projeto contou com a infraestrutura da Escola de Enfermagem da FURG, para o processo dos dados, bem como, com o salão de reuniões da UBSF São João, para a realização da coleta de dados. Em relação à segurança dos dados, ressalta-se que eles foram gravados em CDs e serão guardados por um período de cinco anos para que se assegure validade do estudo e, que ficarão sob confiança da pesquisadora responsável, durante o processo de coleta e da análise dos dados. Após, os mesmos serão arquivados, em caixa lacrada e guardados no Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Organização do Trabalho da Enfermagem e Saúde (GEPOTES), sob a supervisão da pesquisadora responsável pelo estudo. Sendo assim, assume-se o compromisso com o cumprimento integral da resolução 466/12, que rege as pesquisas com seres humanos.

Por fim, salienta-se o compromisso em utilizar os dados coletados para os fins exclusivos da pesquisa e de publicação científica, declarando-se de que não há conflitos de interesse entre os pesquisadores e a instituição coparticipante. Portanto, se aceita as responsabilidades pela condução científica do projeto em questão.

5. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Após aplicação da metodologia proposta, análise de conteúdo (BARDIN 2009, 2011) foi possível identificar três categorias: 1) Contribuições da Residência Multiprofissional em Saúde da Família através da Educação Permanente em Saúde 2) Mudanças no processo de trabalho da equipe 3) A importância e as formas de abordagem da Educação Permanente em Saúde.

As categorias serão apresentadas de acordo com a fala dos participantes, que foram transcritas, de forma a evitar os vícios de linguagem.

5.1. CONTRIBUIÇÕES DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA ATRAVÉS DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

Esta categoria coloca em evidência as formas de contribuição da RMSF ao realizar a Educação Permanente em Saúde para a equipe de saúde da ESF.

Conforme a fala dos participantes foi possível perceber que as atividades da residência multiprofissional resgataram algumas práticas de educação e serviu para atualização, contribuindo de forma positiva, conforme relato:

[...] acho que a residência quando chegou ela veio resgatar algumas práticas que a gente, consumida pelo tempo e pela população muito grande, pelo excesso de trabalho, sobrecarga de trabalho a gente não tava conseguindo fazer. O espaço da quarta-feira ele era destinado mais a botar o serviço (burocrático) em dia, do que realizar qualquer tipo de capacitação, de atualização em algum assunto e com a chegada da residência isso veio a contribuir de forma muito positiva. **(Antúrio)**

Além disso, foi encontrado na fala dos participantes que a contribuição da residência através da EPS, ocorreu por meio da motivação dos trabalhadores, a partir da valorização do espaço de educação, trazendo com isso novas esperanças e diferentes formas de abordagem com a comunidade. Destacam que a RMSF estimulou a reflexão da importância de ocorrer as atividades educativas, justificado com a necessidade de parar e repensar o seu fazer, através do detalhamento de temas pertinentes ao cuidado do usuário, conforme relato:

[...] bom eu acho que vocês entraram na nossa equipe, nos trazendo pilha nova, gás. A gente já tava meio cansada, meio estressada, meio desiludida e vocês chegaram trazendo esperanças, maneiras, colocações diferentes que agente poderia abordar a nossa comunidade, através da educação permanente. Foi maravilhoso. **(Gloriosa 3)**

[...] acho que contribuiu bastante, nos ajudou a parar um pouco e ver o tema mais detalhado, porque as vezes a gente sabe sobre aquela doença, geral e isso faz a gente lembrar de algumas coisas de que já estavam esquecidas, do tema. **(Gardenia)**

Foi encontrado nos relatos que o processo de trabalho é mecanizado, em função da rotina, que mesmo sabendo sobre determinados temas, muitas vezes, os trabalhadores não os percebem nas suas práticas. Por isso, a residência multiprofissional contribui, através da EPS, na autoavaliação quanto ao entendimento e aplicabilidade de temas discutidos nos encontros de EPS. Percebe-se quando os profissionais relatam que a abordagem de alguns temas permitiram a eles visualizarem que há um empirismo no seu fazer, que realizam diversas práticas de forma rotineira ou por instinto. Diante disso, identificam que muitas vezes o trabalho realizado está correto e outras vezes não, o que permite ao profissional corrigir, conforme relato:

[...] quando alguém expõe algum assunto a gente fica pensando: “mas isso eu faço”, mas a gente faz de maneira as vezes meia empírica ou faz por instinto ou faz pela rotina e quando a gente vê alguém expondo aquilo a gente vê que a gente ta fazendo o trabalho certo muitas vezes, ou se ta fazendo errado dá pra corrigir [...]. (**Antúrio**)

Relatam ainda, que ter o residente responsável pela Educação Permanente em Saúde é um ganho para a equipe da estratégia, pois esses profissionais são capacitados e possuem o conhecimento para ministrar as atividades de educação. Elucidam que a intervenção feita pela residência multiprofissional é resolutiva, de modo a dar respostas aos problemas encontrados no dia a dia, pois trabalham junto com a equipe dando subsídios de melhora para o atendimento ao usuário.

[...] qualquer conhecimento é bem vindo [...] o residente é capacitado, vocês estão com o conhecimento fresquinho [...] o residente, realmente ele tem gás, tem vontade e tem o conhecimento [...] então é a melhor fonte, é uma fonte segura, em um momento que a gente pode e tem que parar na quarta-feira pra estudar, tendo brecha na agenda [...]. (**Cravo**)

[...] alguém dentro da nossa equipe que chegou pra nos ajudar, nos auxiliar e nos dar respostas, coisas que as gurias poderiam fazer, mas elas tem tanta coisa, que elas não conseguem, então pessoas a mais pra nos ajudar a resolver os nossos problemas [...]. (**Gloriosa 3**)

[...] por que a importância disso ter vindo com a residência multiprofissional, porque é uma das atividades acredito eu da residência, de trabalhar junto com a equipe de dar subsídio de melhora do atendimento pra essa equipe [...]. Sem dúvida a residência enriquece em todos os sentidos e muito na questão educação permanente [...]. (**Astromélia**)

5.2. MUDANÇAS NO PROCESSO DE TRABALHO DA EQUIPE

Essa categoria visa identificar as mudanças que ocorreram com a inserção do espaço de Educação Permanente em Saúde na prática dos profissionais desta equipe.

Conforme discussão entre os participantes foi possível identificar que os profissionais se sentem mais atualizados, a partir dos encontros de EPS, pois adquirem mais

conhecimentos e inovações sobre os assuntos. Destacam que a atualização se deu de duas formas: de resgate de temas e de suas especificidades que já eram conhecidos pelos profissionais, mas que não eram lembrados e de inovação através da apresentação de assuntos que não eram conhecidos pela equipe, conforme relatos:

[...] mais conhecimento, a partir do momento que vocês nos capacitam pra isso, nós temos mais conhecimentos e inovações, porque a medida do tempo muitas coisas trocam, a gente esta sempre por dentro dos assuntos, porque vocês estão nos ajudando através da educação permanente. **(Gloriosa 2)**

[...] atualização, porque são várias coisas que modificaram (ao longo dos anos, do processo saúde/doença) e agente não acompanhou [...]. E quando vocês fizeram a educação permanente, seja sobre as vacinas, seja sobre a tuberculose [...] umas coisas foram de resgate, que eram coisas que a gente não lembrava mais e outras coisas novas realmente, de mudanças que vinham acontecendo e que a gente não tinha se atualizado. Então foi isso, foi um resgate e uma atualização de muita importância. **(Astromélia)**

[...] a residência trabalhar com educação permanente é útil para a unidade, para os trabalhadores, porque sempre trás coisas novas [...]. **(Margarida)**

[...] atualização. **(Gloriosa 4)**

Outra mudança relevante percebida na fala dos participantes foi que as atividades de EPS com a residência permite que ocorra troca de conhecimento entre os profissionais, pois um contribui com o outro, há troca de experiências e de ideias. E que os temas abordados trouxeram benefícios para o profissional trabalhar melhor, pois desmistificaram alguns conceitos que eram permeados pelo preconceito.

[...] a gente acaba um contribuindo com o outro, mas é um momento que a gente pode trocar idéias, trocar experiências e também educação. [...] no assunto tuberculose, por exemplo, em primeira instância a gente fica com aquele preconceito: quero distância. Depois da educação permanente já não. Várias pessoas passaram por aqui que a gente sabia que tinha, então naturalmente, sendo que tu tem que ter cuidado, tem que ter prevenção, mas não também ficar aquele receio demais, aquela coisa assim. Falar sobre o tema trouxe bastante benefícios para eu poder trabalhar [...]. **(Margarida)**

[...] era um contribuindo com o outro, o que um não sabia o outro vinha e falava sobre o tema, esclarecia e vocês também junto [...] foi algo assim muito, muito bom. **(Astromélia)**

Segundo os participantes, a Educação Permanente em Saúde passou a ser um espaço de esclarecimento de assuntos que qualificam a informação prestada ao paciente e que isso modifica o processo de trabalho, pois ocorre um retorno positivo por parte do usuário também, conforme relato:

[...] eu acho que a gente fica mais esclarecida, como eu te disse, tu lembra daquilo, como é [...] e tu consegue passar para o paciente. **(Gardênia)**

[...] vejo nas escolas as crianças que vão melhorando. **(Copo de leite)**

Relatam ainda que a maneira como foram pensados os encontros pelas residentes serviu para refletir a importância da Educação Permanente em Saúde e da necessidade da equipe se apropriar dessa prática, se organizando e parando para fazer mais. Acrescentam também que os encontros de educação modificam o seu dia a dia, pois estimulam a mudança de comportamento e de pensamento, a partir das perguntas feitas de angústias, de medo de contágio, de esclarecimento do que é a patologia e dos cuidados na visita domiciliar. Conforme relatos:

[...] acho que serviu assim, pra gente refletir a importância e que a gente tem também que se organizar e parar para fazer mais [...]. (**Copo de leite**)

[...] Completamente, porque teve várias perguntas que foram feitas aqui, que as gurias fizeram de angústias [...] vou dar o exemplo da Tuberculose, de angústias de medo de contágio, aquela coisa na visita domiciliar e aí com o esclarecimento realmente do que é, de como é que iria se contaminar e toda essa situação [...] eu tenho certeza que houve uma mudança de comportamento, houve uma mudança de pensamento em relação aquela patologia (tuberculose) [...]. (**Astromélia**)

5.3. A IMPORTÂNCIA E AS FORMAS DE ABORDAGEM DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

Esta categoria apresenta, segundo os participantes, a importância de implantar, avaliar e estabelecer os principais temas para EPS, bem como a periodicidade e as dinâmicas dos encontros.

Quanto à periodicidade dos encontros, uns acreditam que uma vez ao mês é o ideal, pois não há brecha na agenda para mais encontros e que seria cansativo. Enquanto que outros justificam a necessidade de maior frequência no mês, porque quanto mais encontros melhor. Estas manifestações podem ser identificadas conforme os relatos:

[...] uma vez ao mês foi ótimo, acho que mais seria difícil. (**Copo de leite**)

[...] foi a ideal. (**Gloriosa 5**)

[...] não seria ruim mais vezes no mês, mas pra quem não tem nada, uma vez no mês já é bom. (**Gardênia**)

[...] poderia ser mais frequente (mais de uma vez no mês), porque as pessoas ficam mais esclarecidas, porque quanto mais melhor. (**Margarida**)

[...] não foi maçante, aquela coisa de vamos usar duas quartas, [...] não tem brecha pra isso, não tem condições pra isso. Uma quarta foi muito bom, porque ao mesmo tempo, era rápido, quando a gente viu já tinha passado. (**Astromélia**)

A organização do cronograma mensal de Educação Permanente em Saúde, proposto pela residência, foi um benefício, tendo em vista que os profissionais demonstraram não ter um espaço de escuta, de qualificação e de explanação de dúvidas, em função da demanda

diária. Ter data prévia permitiu ao profissional se programar e, assim, elencar suas dúvidas, para posteriormente serem esclarecidas nos encontros de EPS.

[...] foi um momento bem válido, porque no dia a dia tu tens muitas dúvidas e se tu tens em vista que naquele dia tu vai ter alguém para esclarecer as tuas dúvidas tu acaba focando e naquele dia tu pergunta, porque senão a demanda te atropela e tu acaba assim [...] depois eu vou ver e o depois não chega nunca. Que nem agora ta de novo, a gente não tem (EPS), a gente tem pra quem perguntar, mas a gente não tem aquele momento exato (os encontros de EPS). Quando saio de casa penso que vou perguntar, mas tu chega aqui, a gente já esqueceu, então é muito válido, é muito importante [...]. **(Gloriosa 5)**

Contrapondo ao cronograma da residência, ficou evidente como sendo uma dificuldade para a realização de EPS, não existir no cronograma da ESF uma data específica para efetivar este trabalho na UBSF. Além disso, frisam que o tempo para planejar os encontros é escasso, em função da alta demanda de atendimentos e de serviços burocráticos e que por esses entraves a EPS passou a ser uma conversa de corredor. Soma-se a isso o fato de que o residente é o mais apto a assumir esta atividade, pois possuem dentro das atividades da residência, tempo pra isso, diferente da equipe da estratégia onde foi realizado este estudo.

[...] olha nós temos que fazer produtividade, nós temos que digitar, fazer receita, olhar exame, então na quarta-feira virou o dia da gente praticamente realizar os atrasos de tarefas que tu não pode fazer na semana. É [...] eu não diria impossível, mas é praticamente impossível abordar algum assunto (EPS). A educação permanente vira uma conversa de corredor, discutindo casos [...] porque não tem tempo. **(Antúrio)**

[...] a educação permanente não existia na unidade antes da residência, não tinha pelo tempo [...] acho que o principal motivo que dificulta a realização de educação permanente é o tempo, pois falta semana na semana [...] e falta dentro do cronograma da estratégia um espaço para educação permanente na unidade [...]. **(Gardenia)**

[...] o que dificulta é a burocratização e a alta demanda. **(Gloriosa 1)**

[...] Falta de tempo **(Gloriosa 2 e 3)**

[...] não temos tempo para educação permanente, temos tempo para o pessoal lá de fora (demanda) [...]. **(Margarida)**

[...] um exemplo, terça tem reunião de coordenadores, eu tenho que passar esta reunião na quarta para a equipe [...] então assim é muito difícil a gente ter o foco e usar a quarta-feira para a educação permanente [...] pra fazer uma educação permanente não é decidir eu vou fazer, tu tem que ler, tu tem que te organizar pra fazer isso e aqui dentro não tem momento pra te preparar [...] então os residentes tem tempo pra isso [...] e nós não conseguimos realmente [...]. **(Astromélia)**

[...] é importante a gente receber a educação permanente, mas também passar o que a gente sabe e isso acaba não acontecendo pela falta de tempo e de repente pela organização. **(Copo de leite)**

[...] realmente a gente não tem tempo, a gente está numa reunião fazendo chumaço, a gente está te ouvindo e cortando gaze [...] a gente realmente não se atualiza, a prefeitura não nos dá oportunidade de se atualizar, ou estudo em casa pra atualizar alguma técnica ou aqui (na UBSF) não dá [...]. **(Cravo)**

Outro ponto que está relacionado ao cronograma mensal da ESF é o desmembramento da equipe para capacitações fora da unidade, em praticamente, todas as

quartas-feiras e, que tal fato dificulta a efetivação da EPS na unidade. Destacam com isso que ter EPS não depende somente da organização da equipe, mas da ajuda da Coordenação da Estratégia Saúde da Família. A seguir são apresentados os depoimentos que exemplificam esse tipo de situação.

[...] o dia que seria para educação permanente na quarta-feira, a própria coordenação já estipula pra nós o que fazer ou senão nos separa. Enfermeira está em determinado lugar sendo capacitada, médica ta em determinado lugar, e separa para capacitações e desmembra a equipe. Então tem que ser um momento em que estivéssemos todas aqui dentro e esse momento a gente só tem tempo na quarta-feira. [...]. (**Astromélia**)

[...] se depender só de nós não sai, porque vamos pensar em colocar na primeira quarta do mês e a enfermeira tem capacitação, na outra tem pra outro profissional, então assim, eu acho que tem que ter um tempo destinado para isso [...] o que emperra é o tempo de todo mundo junto para educação permanente na unidade, porque organizar, a gente se organiza. (**Gardenia**)

[...] nunca tem todos na quarta, o que fica muito difícil. (**Gloriosa 1**)

Quanto à forma de conduzir os encontros pela RMSF, segundo os participantes, a dinâmica era muito boa, não era cansativa, todos participavam e, por isso, não percebiam o tempo passar. Ter uma dinâmica para os encontros de EPS, na visão dos participantes, facilita a implementação das práticas de EPS, pois tal método faz toda a diferença. Acrescem ainda que o estímulo através de perguntas, discussões, adivinhações e brincadeiras tornaram os encontros “leves” e prazerosos. Conforme relatos:

[...] a dinâmica também que vocês utilizavam, como montavam para apresentar era muito boa, não era cansativo, não era aquela coisa, lendo, lendo [...], passava muito rápido, nem percebíamos o tempo passar. (**Gloriosa 4**)

[...] o trabalho era de participação de todas, um espetáculo [...] até em termos de equipe, a gente sentou e discutiu o tema, mas era uma coisa leve, uma coisa prazerosa, que entrava brincadeira junto, entrava o questionamento, era um aprender prazeroso, era um aprender em equipe [...]. (**Astromélia**)

[...] era participação através de perguntas, adivinhações, passava muito bem [...] era uma coisa lúdica.[...] a educação permanente tem valor dependendo de quem a administra. (**Antúrio**)

[...] eu gostei da forma que a residência abordou, porque não sei se vocês trazem umas ideias mais assim [...] legais, divertidas, que interage e, não assim “eu vou te dar um folder, eu vou ler e vocês acompanhem”, eu acho que tu aprende mais com dinâmicas, com jeito divertido de fazer a educação permanente; faz toda a diferença, fica bem mais interessante [...]. (**Gardenia**)

[...] vocês trabalhavam de uma maneira maravilhosa, nos colocando, nos fazendo falar, nos fazendo interagir com vocês. Isso foi maravilhoso [...] não foi chato e massacrante. (**Gloriosa 3**)

Ficou claro na fala dos participantes que a escolha dos temas para EPS, também é um método facilitador para despertar interesse dos trabalhadores pelas atividades de EPS. Segundo eles, a escolha dos temas não se dá através de um assunto geral apresentado para

todas as Unidades de Estratégias de Saúde da Família, mas sim a partir de uma discussão entre cada equipe para então direcionar o enunciado para a sua realidade. Segundo relatos é importante consultar os profissionais, saber quais são as dúvidas, quais temas são relevantes ao cotidiano da equipe, pois a EPS deve ser focada no dia a dia, na realidade local.

[...] na educação permanente da residência, não vinha qualquer assunto e vamos fazer educação sobre isso, não, eram assuntos que estavam dentro da nossa realidade, que trazem mais angústias, o que traz mais dúvidas, o que a gente realmente trabalha no nosso dia a dia, que tem necessidades pra resolver a nossa demanda [...] agora mesmo vamos ter a capacitação da secretaria sobre esporotricose, nunca vi nesta unidade em 14 anos, então é coisa que foge do dia a dia, a educação permanente tem que ter foco no teu dia a dia, no que tu ta precisando, não chegar e porque é o mês de determinada doença ou o Governo Federal mandou discutir aquele tema no mês, não! Tem que trabalhar coisas da realidade [...]. **(Astromélia)**

[...] Aqui não! Aqui elas (residentes) vão falar o que a gente quer saber, porque antes a gente foi consultada, para saber o que a gente queria, quais eram as dúvidas [...]. **(Gloriosa 5)**

[...] porque é muito fácil nos chamarem lá e dizer a mesma coisa para todo mundo, mas cada um tem a sua realidade, dentro do que eles querem passar [...] eu sempre achei que a educação permanente tem que ser dentro da unidade, eu acho que é mais proveitoso [...] nós vamos mostrando a nossa realidade, não é algo geral, cada um tem a sua. **(Gloriosa 6)**

[...] eu acho importante questionar também, todo mundo dar uma opinião, do que gostaria, no que tem mais dúvidas, como vocês (residência) fizeram [...] não adianta ser para todo mundo (todas as equipes da ESF), deve ser focado naquela área que tem problema [...] temas como vocês fizeram, coisas que também fazem parte do nosso cotidiano. **(Copo de leite)**

[...] eu acho que esses temas mudam de área por área [...] é importante conversar com a equipe pra ver isso. **(Gardenia)**

Outra facilidade encontrada é a escolha da temática dos encontros ser focada no encontro multiprofissional, pois segundo os participantes, esse método de abordagem é fabuloso. Segundo eles o grande diferencial é que são temas que interessam todas as categorias profissionais, sendo considerado um fator positivo, pois são pessoas que trabalham com o mesmo público e a mesma demanda. Isso pode ser identificado nos relatos abaixo:

[...] acho muito importante também que foram temas que envolviam todos os profissionais. Não adianta tu fazer uma educação permanente que envolva só agente comunitário, que a equipe técnica vai ficar parada. Não adianta que envolva só a equipe da odonto que os outros vão ficar parados [...] então acho que a escolha dos temas foi fabulosa, por exemplo, calendário vacinal, desde o agente, médico, enfermeiro [...] todos precisam. Tuberculose, nós precisamos no posto, os agentes comunitários precisam porque entram nos domicílios [...] então são temas que interessam a todas as categorias profissionais, eu acho que isso foi fabuloso. **(Antúrio)**

[...] achei muito bom um mesmo tema para toda equipe e no mesmo dia, porque todas trabalhamos com o mesmo público, a mesma demanda, então eu acho que a educação permanente pode ser sempre assim [...]. **(Gloriosa 3)**

6. DISCUSSÃO

Diante da análise dos dados apresentados percebeu-se uma inquietação referente à necessidade de valorização do cotidiano dos trabalhadores, no que tange ao aspecto Educação Permanente em Saúde, pois há uma mobilização de falas que discutem sobre a necessidade do embasamento das temáticas para essa prática ser focado no dia a dia dos trabalhadores. Acredita-se que envolver os profissionais que estão inseridos na realidade do local na qual ocorre as atividades fornece mais coerência às temáticas abordadas, pois eles são capazes de descrever e priorizar os principais problemas de saúde da população que atendem.

Percebemos, com isso, que há uma necessidade da Gestão da Estratégia de Saúde da Família fazer uma análise situacional de cada área de cobertura, dando ênfase aos fatores que circundam e estão inerentes ao local que será direcionado a Educação Permanente em Saúde, através da participação dos trabalhadores.

Entendemos que tais mudanças são necessárias para a qualificação das práticas de EPS, pois quando a gestão modifica o modelo tradicional verticalizado, caracterizado pela priorização da individualidade e fragmentação da equipe, há espaço para a horizontalização da organização do trabalho, onde as decisões que eram hierarquizadas na gestão da ESF passam a ser tomadas por meio da atuação do coletivo. Este entendimento baseia-se ao levar em consideração de que segundo Dyer e colaboradores (2011) o coletivo é a característica principal das equipes de altos desempenhos.

Nesta mesma direção, Sena e colaboradores (2017) destacam que a efetivação de práticas de Educação Permanente em Saúde fragmentadas, verticalizadas, pontuais e individualizadas é ineficaz e de baixa potencialidade para modificar o cotidiano dos trabalhadores. E ainda, é possível constatar, dessa forma, que o predomínio de atividades educativas voltadas para o público alvo de uma área profissional específica, deixa de lado a interdisciplinaridade e a multiprofissionalidade. (LIMA, ALBUQUERQUE, WENCESLAU, 2014).

Nesse contexto, cabe frisar que não se desvaloriza a necessidade de práticas de educação para cada núcleo profissional, pois se entende que esses grupos também precisam de atualizações e revisão de técnicas que são particulares de cada profissão, no entanto, percebe-se uma urgência de abertura de espaços de educação que visem à discussão coletiva, que estimulem o fazer interdisciplinar e o trabalho multiprofissional.

A RMSF, através da Educação Permanente em Saúde, fomentou na equipe o reconhecimento desses espaços de discussão, principalmente, por ser direcionado à

abordagem multiprofissional e interdisciplinar. Ressalta-se que os debates entre as diversas categorias profissionais forneceram subsídios operacionais que auxiliaram em intervenções necessárias no dia a dia dessa equipe.

Identifica-se, com isso, que a relevância social da comunidade só poderá ser levantada por meio das necessidades elencadas pelos trabalhadores inseridos no local e, por conseguinte com o olhar da própria população assistida. A partir de então poderá ser construído um ambiente de formação, em que há uma qualificação multiprofissional e, conseqüentemente, um aperfeiçoamento no atendimento ao usuário do SUS.

Para Barth e colaboradores (2014) a Educação Permanente em Saúde visa a interdisciplinaridade, pois a mesma ultrapassa o lócus do aprendizado individual, da transmissão de saberes e das relações fragmentadas entre as categorias profissionais. Havendo, portanto a necessidade de uma reflexão coletiva sobre a prática, o que estimula também o trabalho em equipe, pois envolve aspectos como: tomada de decisão por consenso e comunicação entre a equipe.

Com isso, entende-se que a dinâmica de trabalho interdisciplinar e multiprofissional é uma importante ferramenta de motivação dos trabalhadores para os encontros de educação permanente em saúde, pois há uma troca de saberes entre os diversos intervenientes inseridos nesse local. Logo, soma-se, por meio da EPS, o sentido de cada profissão, ou seja, cada envolvido neste processo traz um novo (re)significado no fazer do outro, possibilitando, com isso, a troca entre os diferentes núcleos profissionais.

Os argumentos anteriormente elencados se aproximam dos princípios norteadores da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), nos quais evidenciam que os trabalhadores da saúde devem seguir a premissa de que as atividades de EPS servem como um espaço de troca de conhecimento entre os diversos saberes de cada núcleo profissional e como um meio de atualização baseado na realidade de cada população. Essa Política ressalta que as ações de saúde devem ter como ponto de partida a problematização das necessidades da população, pois só assim será possível efetivar o processo de ensino e aprendizado no trabalho (BRASIL, 2004).

Formar trabalhadores através da integração entre o ensino, o serviço e a comunidade é uma proposta do Ministério da Saúde (MS), por meio da implementação da PNEPS. O órgão federal tem por objetivo embasar as equipes de saúde, através de processos educativos, visando estimular a reflexão crítica no serviço. A proposta de intervenção é o encontro entre o mundo da formação e o mundo do trabalho através da interseção entre o aprender e o ensinar na realidade dos serviços.

O planejamento das práticas de EPS deve estar embasado nas necessidades do cotidiano de trabalho dos profissionais, ou seja, que os problemas identificados sejam os motivadores dos temas a serem abordados em processos educativos. Aspectos estes em que concorda-se com Renovato e Bagnato (2012) bem como com Sena e colaboradores (2017) por também acreditarmos que os encontros de educação quando alicerçados no compartilhamento de ações e saberes, permanentemente, produzem e reafirmam conhecimento. Além disso, permitem à equipe desenvolver autonomia, diálogo, relações mais igualitárias e uma postura reflexiva e inovadora em relação às formas de intervenção no seguimento saúde, doença e cuidado.

Nesta mesma direção, ao identificarem através do olhar dos trabalhadores para educação permanente, Medeiros e colaboradores (2010), destacam que o potencial de uma equipe é o crescimento coletivo e que ter espaços democráticos para o compartilhamento de saberes, reflexões, análise e avaliação dos referenciais que orientam as práticas, são caminhos que estimulam a construção de novos modos de produção do cuidado e de processos de EPS. Ressaltam ainda que o recurso de educação permanente em saúde deva ser organizado através de atitudes e comportamentos dialógicos.

Portanto, vale destacar que uma evidência importante encontrada com a realização de estudo, foi que a rotina diária de atendimentos pela equipe, a indisponibilidade de tempo para planejar os encontros de EPS, o excesso de serviços burocráticos, a falta de data disponível no cronograma mensal da ESF e o desmembramento da equipe para capacitações fora da unidade de saúde colocam em risco a validade das atividades de educação.

Essa descoberta possibilitou visualizar a necessidade de articulações entre as esferas que regem o sistema, principalmente, referente à organização do trabalho, para que tais dificuldades não impeçam a legitimação do espaço de educação permanente em saúde. Fatos estes corroborados por Signor e colaboradores (2015) ao afirmarem que a escassez de profissionais para atenderem a demanda de atendimento e a impossibilidade de saída dos campos de trabalho, são fatores que fundamentam a ausência dos processos de Educação Permanente em Saúde.

Estes mesmos autores identificam que o comprometimento dos gestores das instituições está diretamente relacionada à falta de um plano político-pedagógico e de uma cultura de educação no trabalho, que, por vezes, inviabilizam as atividades de educação permanente nas organizações de saúde. (SIGNOR et al, 2015)

Diante disso, os atores responsáveis por coordenar a EPS no nível municipal, precisam ter clareza em seus objetivos no momento de utilizar a educação como uma

estratégia de gestão, no sentido de construir uma nova forma de produção de conhecimento e de transformação das práticas de ensino-aprendizado no trabalho. É relevante ter no cronograma mensal da ESF uma data definida para as reuniões de educação permanente em saúde, em que todos os profissionais da equipe estejam disponíveis na unidade de saúde, para que possam participar dos encontros.

Acredita-se que definir o momento para EPS estimula o coletivo de trabalhadores a refletirem o seu fazer, se apropriarem dessa atividade de formação e, principalmente, pela importância da troca de saberes entre os profissionais neste contexto.

Apóia-nos para esta argumentação no estudo, utilizando a metodologia de revisão de literatura, realizado por Miccas e Batista (2014), onde foi identificado como fator limitante para a implementação da EPS: a escassez de diálogo da gerência e da gestão sobre integralidade do cuidado, a demanda de serviços, as limitações pedagógicas e a falta de recursos. Esse mesmo estudo identificou não haver articulação entre ensino, serviço e comunidade e que, tais aspectos, foram levantados pelos autores, como sendo importantes para a efetivação do processo de educação permanente em saúde.

Diante dos resultados de seu estudo, os autores discutem que as estratégias, facilidades e dificuldades relacionadas à EPS se entrelaçam como uma forma de reflexão coletiva sobre o trabalho no SUS. Nessa linha e diante dos próprios resultados referem acreditar que quando o profissional reflete e questiona o seu agir, o mesmo passa a ter um posicionamento ético-político em discussão, tanto no plano individual quanto no coletivo, no seu fazer. Sendo, portanto, para superar os problemas existentes no campo da saúde, a capacidade de analisar coletivamente os seus próprios processos de trabalho. (MICCAS E BATISTA, 2014; MERHY, GOMES, 2016)

Ao discutir os resultados encontrados com a realização deste estudo foi possível identificar a atuação da Residência Multiprofissional em Saúde da Família, como um importante dispositivo de consolidação das diretrizes e princípios do SUS. Essa assertiva proveio dos encontros das práticas de Educação Permanente em Saúde, onde percebeu-se uma motivação dos profissionais perante a valorização dos espaços coletivos, através, da reflexão, do diálogo e das novas possibilidades de agir em saúde. Este conjunto de fatores evidenciou haver um distanciamento do atendimento realizado no que cerne ao modelo assistencial, preferencialmente, em função de atividades rotineiras e de alta demanda de atendimento.

Com a constatação do acima descrito percebe-se a fragilidade quanto a promoção da saúde, logo, se têm um “cuidado” direcionado à doença já estabelecida. Conserva-se com isso, o modelo tecnicista, biologicista e hegemônico, muito presente ainda na sociedade

contemporânea, o que dificulta a aplicabilidade de novos modelos, principalmente, os que visem à prevenção de agravos e a promoção da saúde, através de políticas públicas, determinantes sociais das doenças e participação social.

Nessa situação, surge o seguinte questionamento: “Quem é o eixo transformador para a efetivação das práticas de educação permanente em saúde?”

O trabalhador que está inserido no cotidiano do SUS e que muitas vezes não possui tempo, recursos humanos suficiente, nem material disponível para suprir as necessidades impostas nesta realidade?

O usuário que procura a unidade de saúde, quando já possui um agravante patológico estabelecido e, que muitas vezes, não se sente responsável pelo seu autocuidado?

Ou o gestor municipal que é o principal articulador no fornecimento de subsídios para qualificar o funcionamento das unidades de saúde?

Com este questionamento evidencia-se a importância da articulação do quadrilátero do SUS em que trabalhadores, usuários, formadores e gestores, reconhecidos como sendo atores sociais, planejam práticas que objetivam a transformação do modelo assistencial. Tal parceria avista desenvolver a educação de forma crítica e reflexiva com metas de melhorias na integralidade da atenção. O quadrilátero se embasa na necessidade de envolvimento participativo de todos os atores sociais, dando ênfase, principalmente, para a percepção dos trabalhadores, pois entende que são eles os principais envolvidos no processo da assistência e na realidade do cotidiano de trabalho e, com isso, conseguem pontuar as dificuldades que precisam ser valorizadas, como cabíveis de solução (MOREIRA ET AL, 2016).

Abre-se com isso mais uma oportunidade de discussão que se direciona para um processo de educação, pois quando se questiona responsabilidades, há a necessidade de reflexão sobre mudanças, individuais e/ou coletivas, para que as diferentes esferas aqui elencadas estabeleçam (co)responsabilidades que serão capazes de gerar diálogos e possíveis mudanças no dia a dia de cada uma delas.

Considera-se oportunidade, sobretudo no momento em que concorda-se com Domingos e colaboradores (2015), ao citarem Campos (2000) quanto a importância da existência de espaços coletivos para a coprodução de sujeitos, pois nesse encontro ocorre a comunicação, a escuta, a expressão de desejos, os interesses, a discussão, a análise de aspectos da realidade e a possível elaboração de estratégias que venham ao encontro das soluções de necessidades.

Em vista disso, percebe-se, igualmente, o residente multiprofissional como um importante mediador/catalisador de estímulos. Mais que um agente de atividades operacionais

e rotineiras, o mesmo agrega mudanças com vistas a formação e ao desenvolvimento pessoal, profissional e das equipes, pois ao valer-se da EPS como espaços democráticos, de reflexão crítica e de relações igualitárias oportuniza o planejamento de ações coletivas, trabalhando projetos que transcendem técnicas e capacitações pontuais, instigando a participação ativa de todos nesse processo, bem como a capacidade crítica e criadora dos sujeitos, com direcionamento à integralidade da atenção à saúde.

Para Silva e colaboradores (2016) a residência multiprofissional é um dispositivo intercessor para a EPS, ou seja, que possibilita as práticas de educação, pois a formação dos profissionais residentes se dá por meio da necessidade do encontro entre os sujeitos, através do trabalho multiprofissional, característica principal das RMS e, por esse motivo, desencadeia novas possibilidades de agir em saúde. Para os autores as RMS se apropriam deste espaço intercessor, porque designa a formação de profissionais como atores de produção de saúde, que não possuem apenas a preocupação com o somatório das ações, mas, sobretudo, com o que existe entre elas, como o resultado de um processo singular, que proporciona mudanças.

Esses mesmos autores afirmam que a RMS, fundamentada por seus princípios norteadores, utilizam a EPS como eixo pedagógico estruturante para as ações em saúde. Vislumbram o processo de EPS como sendo uma importante ferramenta para possíveis mudanças nos modelos de gestão e atenção do SUS e, ainda, como um auxílio para atuar no cotidiano dos sujeitos (SILVA et al, 2016).

Traçando um paralelo com os autores citados no parágrafo anterior, foi possível perceber, neste estudo, que a presença da Residência Multiprofissional em Saúde da Família, nesta unidade de saúde, serviu como um estímulo aos trabalhadores, de forma a repensar a realidade por eles vivida, tendo em vista as múltiplas e complexas necessidades da população. Acredita-se que realizar educação permanente em saúde serviu como resgate de um processo de trabalho efetivo, reflexivo e resolutivo, no qual já havia sido extinto, em decorrência, principalmente, de atividades rotineiras, tais como, alta demanda e burocratização do trabalho.

Logo, a RMSF ao valer-se da EPS como fundamento pedagógico, também consegue instituir, de forma positiva, este método no fazer dos profissionais da saúde, reorganizando o processo de trabalho, por meio da atualização de temas emergentes nos locais de atuação dos profissionais, da reflexão e da discussão de casos entre a equipe multiprofissional e, especialmente, da apropriação dos espaços de EPS. Tendo como foco fomentador os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença vivenciados pelos indivíduos, famílias e grupos sociais.

A Gestão do coletivo, ou seja, a participação direta dos trabalhadores nas intervenções necessárias nos seus próprios locais de atuação, democratizam os espaços de trabalho, desenvolvem a capacidade de aprender e de ensinar de todos os atores envolvidos e permitem a eles tecer estratégias diferenciadas e criativas, em prol da melhoria da qualidade da atenção à saúde e a humanização do atendimento.

Com isso, é possível evidenciar que o debate e a problematização que ocorrem nos encontros de EPS possuem significado na formação profissional para a saúde, principalmente, como meio transformador das práticas do SUS. Nessa mesma orientação, Macêdo, Albuquerque e Medeiros (2014), argumentam que a formação para a saúde deve ser capaz de abordar a qualificação técnico-científica, que está no domínio da habilidade intelectual e, ainda, o desenvolvimento multiprofissional, que está no domínio da relação interpessoal. Segundo os autores a união de tais domínios permitirá aos trabalhadores problematizarem seu trabalho e, com isso, desenvolverem autonomia e protagonismo nos processos de produção de saúde.

Outro aspecto a ser discutido é a necessidade de se repensar quanto ao planejamento das atividades de EPS. Segundo os participantes deste estudo, a dinâmica dos encontros, também é uma questão importante a ser valorizada, pois enfatizam que a exaustiva rotina de trabalho vivenciada por eles causa desmotivação e, quando as práticas de EPS não possuem métodos pedagógicos atrativos que envolvam os profissionais, os mesmos se sentem desinteressados e, conseqüentemente, se distanciam das atividades propostas.

Além disso, convém salientar também a necessidade da rotatividade entre os profissionais responsáveis por mediar os encontros de educação permanente. As experiências apresentadas neste trabalho caracterizam a ação sincronizada entre os membros da equipe, como sendo uma boa prática de troca de saberes. Pressupõe-se com isso que a alternância nas funções, educador e educando, e aqui incluímos o próprio usuário no processo, trará plenitude nos resultados gerados pelo processo de educação.

Não obstante aos desafios e dificuldades discutidos, anteriormente, cabe também citar que muitas são as contribuições advindas da inserção das práticas de educação no cotidiano dos trabalhadores. Segundo as experiências relatadas pelos participantes, a EPS serve como atualização de conhecimento que permite o resgate de práticas de educação em saúde que já haviam sido esquecidas e, que se tornam necessárias para a resolução de problemas enfrentados no dia a dia. Além disso, sinalizam o desenvolvimento de EPS, como uma forma de responder às necessidades do usuário do SUS, principalmente em relação a qualificação das ações prestadas e quanto as formas de abordagem da comunidade.

Segundo França e colaboradores (2016) as principais contribuições advindas da utilização da EPS como método de qualificação do serviço estão a qualificação dos próprios trabalhadores, a identificação de possíveis falhas no atendimento e a conscientização das reais necessidades de saúde do usuário. Os autores identificam também que a EPS promove a reflexão do trabalho, as mudanças nos modos de organização e funcionamento do serviço, estimula e contribui para o trabalho em equipe, aperfeiçoamento, atualização e mudanças na prática e para melhor integração entre a equipe e a comunidade.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

É indiscutível que a prática de Educação Permanente em Saúde deve ser considerada como método prioritário para o desenvolvimento e formação dos trabalhadores para o SUS, pois além da oportunidade de sustentar um aporte teórico-conceitual e técnico-assistencial, favorece também a conquista da integralidade e o aumento da resolutividade nos processos de trabalho e no cuidado ao usuário. Principalmente, por assegurar à integração multiprofissional, o despertar ético-político dos sujeitos e, ainda, o controle social.

Diante da importância do tema para a progressão de um trabalhador reflexivo e político que fortaleça a concretização do SUS constitucional, assinalo a necessidade de ponderar que o agente de mudança não deve ser somente o sujeito/trabalhador, pois fica evidente que a condução da EPS advém da articulação conjunta, entre os trabalhadores, os gestores e os usuários do SUS. Percebo com isso, que quando (co) responsabilizamos o trabalhador, como único catalisador de transformações nesse processo desviamos o foco de funções que provêm do esforço de outros atores, que também são intervenientes no desenvolvimento da EPS.

Por essa razão considero que a prática rotineira e de qualidade das instituições de saúde depende da relação de troca entre os diferentes atores que regem o sistema. À vista disso, fica claro que o sujeito/trabalhador só conseguirá desenvolver a educação de qualidade, no seu ambiente de trabalho, quando o gestor oportunizar subsídios básicos que estimulem os profissionais a quererem consolidar os espaços de discussão, reflexão e tomada de decisão em equipe.

Em razão disso, aponto que os subsídios básicos são causadores de estímulos aos trabalhadores, ao se identificar um esgotamento desses sujeitos, quando os mesmos entendem que a Educação Permanente em Saúde trás sentido ao trabalho desenvolvido por eles. Porém, ainda existem obstáculos que dificultam a execução e/ou aprimoramento das atividades de EPS. Dentre os quais, são citados: a precariedade da infraestrutura da unidade de saúde, o número de trabalhadores insuficiente à população atendida, o excesso de trabalhos burocráticos e a falta de incentivo para a abertura de espaços de discussão entre os trabalhadores, na qual é citado o cronograma da ESF, quando não é disponibilizada data que referencie tal prática, na própria UBSF.

O caráter generalista na escolha das temáticas a serem abordadas para as equipes de saúde também é um fator que debilita as articulações coletivas que fortalecem a construção das práticas de educação. Para tanto, é necessário elencar, através dos diagnósticos

comunitários, as principais carências locais para então desenvolverem ações educativas diferenciadas, focadas nos determinantes sociais de cada população. Com isso, há um reconhecimento de uma cultura de educação no trabalho, por considerar expressiva a intervenção sinalizada pelo sujeito que está imerso no universo do ambiente produtor de saúde e doença.

Desse modo, identifico o dever de resgatar uma Educação Permanente em Saúde que tenha a intenção de trabalhar “a saúde como sendo um direito de todos”, visando proporcionar qualidade de vida não somente aos usuários do SUS, mas também aos trabalhadores.

Assim, foi possível, perceber através experiência adquirida como residente, a necessidade de mudanças nestes aspectos, pois a EPS é fundamentada na relação dialógica entre os sujeitos, visando intervenções pensadas em coletividade, de forma interdisciplinar e multiprofissional. No entanto, ainda trabalha-se, na maioria das vezes, com um modelo tradicional em que as decisões são tomadas de forma verticalizada, desconsiderando, seguidamente, a participação dos trabalhadores e dos usuários nas tomadas de decisão.

Por isso, foi possível perceber que a Educação Permanente em Saúde é uma ferramenta valiosa que a Residência Multiprofissional em Saúde da Família pode utilizar como porta de entrada para a equipe da ESF, pois o residente utiliza um espaço, em que a equipe, entende como sendo deficitário e, isso permite a ele se inserir gradativamente a ela.

Apesar da RMSF utilizar a EPS, como metodologia de trabalho, ainda assim, tal atribuição não é responsabilidade primordial dela. Contudo, foi possível identificar, através de alguns relatos, que o residente ministrando estas atividades incentiva a continuidade dos encontros de EPS. Além disso, ressaltam que a saída dele no segundo ano de formação, para atividades de vivências em outros pontos da rede de atenção à saúde, permite a eles a aquisição de novos conhecimentos, porém, pode ser uma ameaça para o seguimento das atividades de EPS.

Constata-se, com isso, que o profissional ainda não se sente apto para orientar essas práticas de educação, principalmente, segundo os participantes, pela falta de tempo disponível para o planejamento e execução deste plano. Percebe-se, com isso, a necessidade de tal fato ser mais bem estudado pelos gestores e, pelos próprios trabalhadores da ESF, por meio, principalmente, da abertura de espaços de discussões entre as diferentes esferas do sistema. Vislumbra-se, com isso, a consolidação da relação dialógica entre os intervenientes do processo de educação, que ao longo do tempo serão capazes de entender e valorizar o saber de cada um deles e, com isso, estabelecer novos métodos de aprendizado no trabalho.

Diante deste contexto, evidencio ainda, que a realização das práticas de EPS, ultrapassa a necessidade de falar sobre um tema específico, pois, além disso, orienta a aproximação entre os diferentes atores da rede e por esse fato, deve ser pensada e realizada de modo a valorizar o aprendizado, visando proporcionar novos métodos orientadores da prática de saúde e, ainda, instigar o interesse deles para novos encontros e novas perspectivas que irão diferenciar a qualidade dos ambientes laborais desses profissionais e do atendimento prestado à comunidade.

Perante o exposto, identifico que durante o processo de articulação das atividades de Educação Permanente em Saúde pude perceber o quanto o envolvimento da residência com tais práticas incentivou a equipe a querer consolidar este espaço, principalmente, por reconhecerem as novas formas de agir em saúde. De forma a citarem que os encontros serviam para atualização, reflexão do fazer individual e/ou coletivo, qualificação de informações prestadas à população, principalmente, quanto aos determinantes de saúde e doença, além da valorização do trabalho multiprofissional, interdisciplinar e transdisciplinar.

Assim, posso elucidar que o residente ao utilizar esse método pedagógico, também se dilui nesse universo de transformação, ao averiguar, no final deste estudo, o quanto a EPS agregou novas formas de agir e de intervir no meu dia a dia como trabalhador do SUS. Além disso, passei a entender a necessidade da construção de encontros que tenham como ponto disparador a EPS, mas que também sejam construídos com base num trabalho homogêneo, democrático, agregador, cooperativo e que sustentem os princípios e diretrizes do SUS.

Como dificuldade no desenvolvimento deste estudo, posso citar a coleta de dados ter sido realizada através da técnica de grupo focal, pois ficou evidente que reunir todos os profissionais foi o principal obstáculo para a realização desta etapa, pois o cronograma mensal da ESF é um impasse para o encontro entre os profissionais. Portanto, cabe refletir que tal dificuldade pode ser transposta também para as ações de EPS futuras.

Diante disso, apesar da dificuldade levantada, ainda assim, foi possível entender que a Educação Permanente em Saúde pode ser tratada como um plano transformador das práticas de saúde, na qual valoriza o encontro entre os profissionais e que induz a compreensão e a reflexão dos processos de trabalho já estabelecidos e as possíveis mudanças necessárias para que adiante qualifiquem a integralidade da atenção, o acolhimento, a clínica ampliada e a humanização do cuidado.

REFERÊNCIAS

ALVES, M. R. et al. Educação Permanente para os agentes comunitários de saúde em um município do norte de Minas Gerais. **J. res.: fundam. care.** Minas Gerais, v.6, n.3, p. 882-888, jul./set, 2013.

ANDRADE, S. R.; MEIRELLES, B. H. S.; LANZONI, G. M. M. Educação Permanente em Saúde: atribuições e deliberações à luz da Política Nacional e do Pacto de Gestão. **O mundo da saúde.** São Paulo, v. 35, n. 4, p.373-38, 2011.

AZEVEDO, I C. et al. Educação Continuada em Enfermagem no âmbito da Educação Permanente Em Saúde: Revisão Integrativa de Literatura. **Revista Saúde e Pesquisa.** Maringa, v. 8, n. 1, p.131-140, jan./abr 2015.

BACKES, D. S. et al. Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas. **Mundo da Saúde.** São Paulo, v. 35, n. 4, p.438-442, 2011.

BARDIN, L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70, 2011. 279p.

BARTH, P. O. et al. Educação permanente em saúde: concepções e práticas de enfermeiros de unidades básicas de saúde. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. [s.l.], v.16, n. 3, p. 604-611, jul/set, 2014.

BATISTA, K. B. C.; GONÇALVES, O. S. J. Formação dos Profissionais de Saúde para o SUS: significado e cuidado. **Saúde Soc.** São Paulo, v.20, n.4, p.884-899, 2015.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1988.

_____. **Lei Nº 8080/90, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: DF. 1990. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm>. Acesso em: 30 de setembro de 2016.

_____. **Lei Nº 8142/90, de 28 de dezembro 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. Brasília: DF. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8142.htm>. Acesso em: 30 de setembro de 2016.

_____. Portaria GM/MS no 198/04, 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. Portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, v. 141, n. 32, 2004. Seção 1, p. 37-41, 2004.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. 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. Diário Oficial da União. Brasília, n. 162, 22 ago. Seção 1. 2007.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Clínica ampliada, Equipe de referência e projeto terapêutico singular. 2.^a edição. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, 2012.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de Atenção Básica. Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/residencia_multiprofissional.php>. Acesso em: 24 junho de 2016.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/oministerio/principal/secretarias/323-sgtes-p/gestao-da-educacao-raiz/gestao-da-educacao/12-gestao-da-educacao/20063-politica-nacional-de-educacao-permanente>>. Acesso em: 29 de agosto de 2017.

_____. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. Educação. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas (INEP). Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/educacao/2009/11/ensino-superior>>. Acesso em: 12/08/2016

CAMPOS, G. W. S. Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. **Hucitec**. São Paulo, p. 1-236, 2000.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface Comun Saúde Educ**. [s. l.], v. 9, n. 16, p. 161-77, 2005.

CRESWELL, J. W. Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto. 3^a Edição. [s.n]: Porto Alegre, 206p, 2010.

CUNHA, A. Z. et al. Implicações da Educação Permanente no processo de trabalho em saúde. **Revista Espaço para a Saúde**. Londrina, v. 15, n. 4, p. 64-75, out/dez, 2014.

DOMINGOS, C. M.; NUNES, E. F. P. A.; CARVALHO, B. G. Potencialidades da Residência Multiprofissional em Saúde da Família: o olhar do trabalhador de saúde. **Interface: comunicação, saúde, educação**. Botucatu, v.19, n.55, p.1221-32, 2015.

DYER, W. G.; DYER, W. G. Jr.; DYER, J. H. Equipes que fazem a diferença (Team Building): Estratégias comprovadas para desenvolver equipes de alta performance. Saraiva. São Paulo, 2011.

FERRAZ, F.; BACKES, V. M. S. Políticas e programas de educação permanente em saúde no Brasil: revisão integrativa de literatura. **Sau. & Transf. Soc.** Florianópolis, v.3, n.2, p.113-128, 2012.

FRANÇA, T. et al. A capilaridade da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no Brasil. **Investigação Qualitativa em Saúde**. [s.l.], v.2, 2016.

FURG. Universidade Federal do Rio Grande. Disponível em: <<http://www.siposg.furg.br/residencia/>>. Acesso em: 17 de julho de 2016.

_____. Universidade Federal do Rio Grande. Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós- Graduação. Residência. Disponível em: <<http://www.siposg.furg.br/residencia/>>. Acesso em: 12 de agosto de 2016.

_____. Universidade Federal do Rio Grande. Escola de Enfermagem. Cursos. Residência Multiprofissional. Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Documentos. Projeto Político Pedagógico RMSF (última versão). Disponível em: <<http://www.eenf.furg.br/index.php/cursos/residencias-multiprofissionais/rmsf/docs-rmsf>>. Acesso em: 14 de outubro de 2016.

KITZINGER J. The methodology of focus group: the importance of interaction between research participants. **Sociol Health Illn**. [s. l.], v.16, n 1, 1994.

LENY, A. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v 19 n 3, 2009.

LIMA, S. A. V.; ALBUQUERQUE, P. C.; WENCESLAU, L. D. Educação Permanente em Saúde segundo os profissionais da gestão de Recife, Pernambuco. **Trab. Educ. Saúde**. Rio de Janeiro, v. 12 n. 2, p. 425-441, maio/ago 2014.

MACÊDO, N. B.; ALBUQUERQUE, P. C.; MEDEIROS, K. R. O Desafio da Implementação da Educação Permanente na Gestão da Educação. **Saúde Trab. Educ. Saúde**. Rio de Janeiro, v. 12 n. 2, p. 379-401, maio/ago, 2014.

MEDEIROS, A. C. et al. Gestão participativa na educação permanente em saúde: olhar das enfermeiras. **Rev Bras Enferm**. [s.l.], v.63, n.1, p.38-42, 2010.

MERHY, E. E. ; GOMES, L. B. Colaborações ao debate sobre a revisão da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. In: GOMES, L. B.; BARBOSA, M. G.; FERLA, A. A.

(organizadores). A educação permanente em saúde e as redes colaborativas: conexões para a produção de saberes e práticas. **Rede UNIDA**. Porto Alegre, p. 67-92, 2016.

MICCAS, F. L.; BATISTA, S. H. S. S. Educação Permanente Em Saúde: metassíntese. **Rev Saúde Pública**. [s. l.], v.48, n. 1, p. 170-185, 2014.

MOREIRA, T. M. M. et al. Manual de Saúde Pública. 1ª edição, [s.l.]:Sanar, 2016.

MONTANHA, D.; PEDUZZI, M. Educação permanente em enfermagem: levantamento de necessidades e resultados esperados segundo a concepção dos trabalhadores. **Rev Esc Enferm USP**. São Paulo, v. 44, n. 3, p. 597-604, 2010.

PAIM, C. C.; ILHA, S.; BACKES, D. S. J. Educação Permanente Em Saúde em uma unidade de terapia intensiva: percepção dos enfermeiros. **Revista Fundamentos**. [s.l.], v.7, n.1, p. 2001-2010, jan./mar, 2015.

PEDUZZI, M. et al. Atividades educativas de trabalhadores a atenção primária: concepções de educação permanente e de educação continuada em saúde presentes no cotidiano de Unidades Básicas de Saúde em São Paulo. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**. Botucatu, v.13, n.30, 2009.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem. 7ª edição. [s.l.], Artmed, 2011.

POPE, C.; MAYS, N. Pesquisa qualitativa na atenção à saúde. 3ª edição. Porto Alegre, Artmed, 2009.

RENOVATO, R. D.; BAGNATO, M. H. S. Da educação sanitária para a educação em saúde (1980-1992): discursos e práticas. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. [s.l.], v.14, n.1, p.77-85, jan/mar, 2012.

SENA R. R. et al.. Educação permanente nos serviços de saúde: atividades educativas desenvolvidas no estado de Minas Gerais, Brasil. **Rev Gaúcha Enferm**. Minas Gerais, v.38, n.2, 2017.

SIGNOR, E. et al. Educação Permanente em Saúde: desafios para a gestão em Saúde Pública. **Rev Enferm UFSM**. [s. l.], v. 5, n. 1, p. 01-11, jan/mar, 2015.

SILVA, A. M.; PEDUZZI, M. Caracterização das atividades educativas de trabalhadores de enfermagem na ótica da educação permanente. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet], Goiânia, v. 11, n. 3. 2009.

SILVA, T. et al. Residência Multiprofissional como Espaço Intercessor para a Educação Permanente Em Saúde. **Texto Contexto Enferm**. [s.l.], v.25, n.1, 2016.

SILVA, C. T. et al. Educação permanente em saúde: percepção de profissionais de uma residência. **Rev Enferm UFSM** [Internet]. 2013; [acesso em 2014 mar 23];3(N Esp):627-35.

Disponível em: <<http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/11067/pdf>>. Acesso em: 18 de agosto de 2016.

SILVA, C. T. et al. Educação Permanente em Saúde a partir de profissionais de uma Residência Multidisciplinar: estudo de caso. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. [s. l.], v.35, n. 3, p.49-54. Setembro, 2014.

TRINDADE, L. L. et al. A formação profissional na orientação da assistência aos grupos vulneráveis na atenção básica. **Rev Enferm UFSM**. [s. l.], v.5, n.2, p.368-378. Abr/Jun. 2015.

VIANA, D. M. et al. A Educação Permanente Em Saúde na perspectiva do enfermeiro na Estratégia De Saúde Da Família. **R. Enferm. Cent. O. Min.** [s. l.], v 5 n 2, mai/ago, 2015.

APÊNDICE A

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE - FURG
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA
PROJETO DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE
RESIDÊNCIA**

ROTEIRO PARA A ENTREVISTA

1. Vocês percebem alguma mudança no processo de trabalho da equipe a partir da educação permanente em saúde? Quais?
2. Quais os benefícios desta prática no processo de trabalho da equipe?
3. Vocês consideram adequada a periodicidade e os temas abordados nas atividades de EPS com a equipe?

APÊNDICE B

Prefeitura Municipal do Rio Grande
Secretaria Municipal da Saúde
Núcleo Municipal de Educação e Saúde Coletiva - NUMESC

Rio Grande, ____ de _____ de 2016.

Senhor (a) Coordenador (a) e Membros

Encaminho o projeto de pesquisa intitulado: “A ATUAÇÃO DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA NA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: UMA CONSTRUÇÃO DE VÍNCULO ENTRE A EDUCAÇÃO E O TRABALHO”. O objetivo geral desta pesquisa é identificar de que forma a Residência Multiprofissional em Saúde da Família contribui para a educação permanente da equipe da Estratégia Saúde da Família. Tal estudo ocorrerá na Unidade Básica de Saúde da Família São João e os participantes do estudo serão os integrantes da equipe multiprofissional dessa unidade. A ser desenvolvido por mim Daniela de Freitas Rodrigues, enfermeira, residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, da Universidade Federal do Rio Grande, e-mail: danifrer@hotmail.com, telefone (53) 3233-4613, sob minha responsabilidade e orientação do Prof^o Enf^o Cesar Francisco Silva da Costa – e-mail: hspcesar@furg.br (53) 3233 4613 para apreciação deste comitê. O referido projeto será desenvolvido sob responsabilidade da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande. Colocamo-nos a sua disposição para possíveis esclarecimentos.

Daniela de Freitas Rodrigues
Enfermeira / Residente
Autora do trabalho
E-mail: danifrer@hotmail.com
Fone: (53) 3233-4613

Prof. Dr. Cesar Francisco Silva da Costa
Orientador do trabalho de pesquisa
E-mail: hspcesar@furg.br
Fone: (53) 3233-4613

APÊNDICE C



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE - FURG
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA
PROJETO DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE
RESIDÊNCIA

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, _____ de acordo com o presente Consentimento Livre e Esclarecido, declaro estar devidamente informado (a) sobre a natureza da pesquisa, intitulada: **“A atuação da residência multiprofissional em saúde da família na educação permanente em saúde: a construção de vínculo entre a educação e o trabalho”**. Fui esclarecido (a) também, sobre o objetivo do estudo que é *“Identificar de que forma a Residência Multiprofissional em Saúde da Família contribui para a educação permanente da equipe da Estratégia Saúde da Família”*. A metodologia utilizada no estudo prevê a realização de uma entrevista utilizando a técnica de grupo focal que será realizada em quatro encontros e serão gravadas. Obtive esclarecimentos quanto à garantia de que não haverá riscos à integridade física, psicológicas e sociais dos (as) participantes, mas se caso ocorram, como, no caso de constrangimento com o método de gravação para a coleta de dados e/ou posterior desistência da participação da pesquisa. Havendo qualquer abalo de natureza emocional que afete os participantes no decorrer do estudo, estes poderão abandonar a pesquisa, sem que isto lhes acarrete prejuízos de qualquer natureza. Seus dados não serão utilizados no estudo. Nesse caso será disponibilizada consulta com psicóloga do NASF para apoio emocional e esclarecimentos. Tenho compreensão de que essa pesquisa pode trazer benefícios para os profissionais e, também, para os usuários do SUS. Fui informado, de que não há despesas financeiras em qualquer fase do estudo e, que também não há compensação financeira relacionada à minha participação. Estou ciente, ainda da liberdade de participar ou não da pesquisa, sem ser penalizado por isso; tenho garantia de ter minhas dúvidas esclarecidas antes e durante o desenvolvimento deste estudo; segurança de ter privacidade e anonimato quanto aos dados coletados, assegurando que os dados serão usados exclusivamente para a concretização dessa pesquisa; garantia de retorno dos resultados obtidos assegurando-me condições de acompanhar esses processos e também a garantia de que serão sustentados os preceitos Éticos e Legais conforme a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), através do Ministério da Saúde, sobre pesquisa envolvendo seres humanos.

Atenciosamente,

Assinatura do participante

Data: __/__/__

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante para a realização deste estudo.

Daniela de Freitas Rodrigues
Enfermeira / Residente
Autora do trabalho
E-mail: danifrer@hotmail.com
Fone: (53) 3233-4613

Prof. Dr. Cesar Francisco Silva da Costa
Orientador do trabalho de pesquisa
E-mail: hspcesar@furg.br
Fone: (53) 3233-4613

APÊNDICE D

Ilmo (a) Sr. (a)
Enfermeira Simone Neves
Coordenadora da Unidade Básica de Saúde da Família São João
Secretaria Municipal da Saúde

Ao cumprimentá-la cordialmente, venho por meio deste solicitar a autorização para desenvolver a pesquisa intitulada **“A ATUAÇÃO DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA NA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: A CONSTRUÇÃO DE VÍNCULO ENTRE A EDUCAÇÃO E O TRABALHO”**, de minha autoria junto com a enfermeira residente Daniela de Freitas Rodrigues. O presente estudo tem como objetivos: geral; Identificar de que forma a Residência Multiprofissional em saúde da Família contribui para a educação permanente da equipe da Estratégia Saúde da Família e, específicos; 1) Facilidades e dificuldades para a realização da educação permanente articulada entre a RMSF e a Estratégia Saúde da Família; 2) Identificar a importância da educação permanente para cada um dos componentes da equipe da Estratégia Saúde da Família. Assegura-se o compromisso ético de resguardar todas as informações envolvidas na pesquisa, assim como, a instituição, conforme exposto no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e na Resolução 466/12, do Ministério da Saúde.

Atenciosamente,

Daniela de Freitas Rodrigues
Enfermeira / Residente
Autora do trabalho
E-mail: danifrer@hotmail.com
Fone: (53) 3233-4613

Prof. Dr. **Cesar Francisco Silva da Costa**
Orientador do trabalho de pesquisa
E-mail: hspcesar@furg.br
Fone: (53) 3233-4613