

MARIA ADJANE MEDEIROS DA SILVA

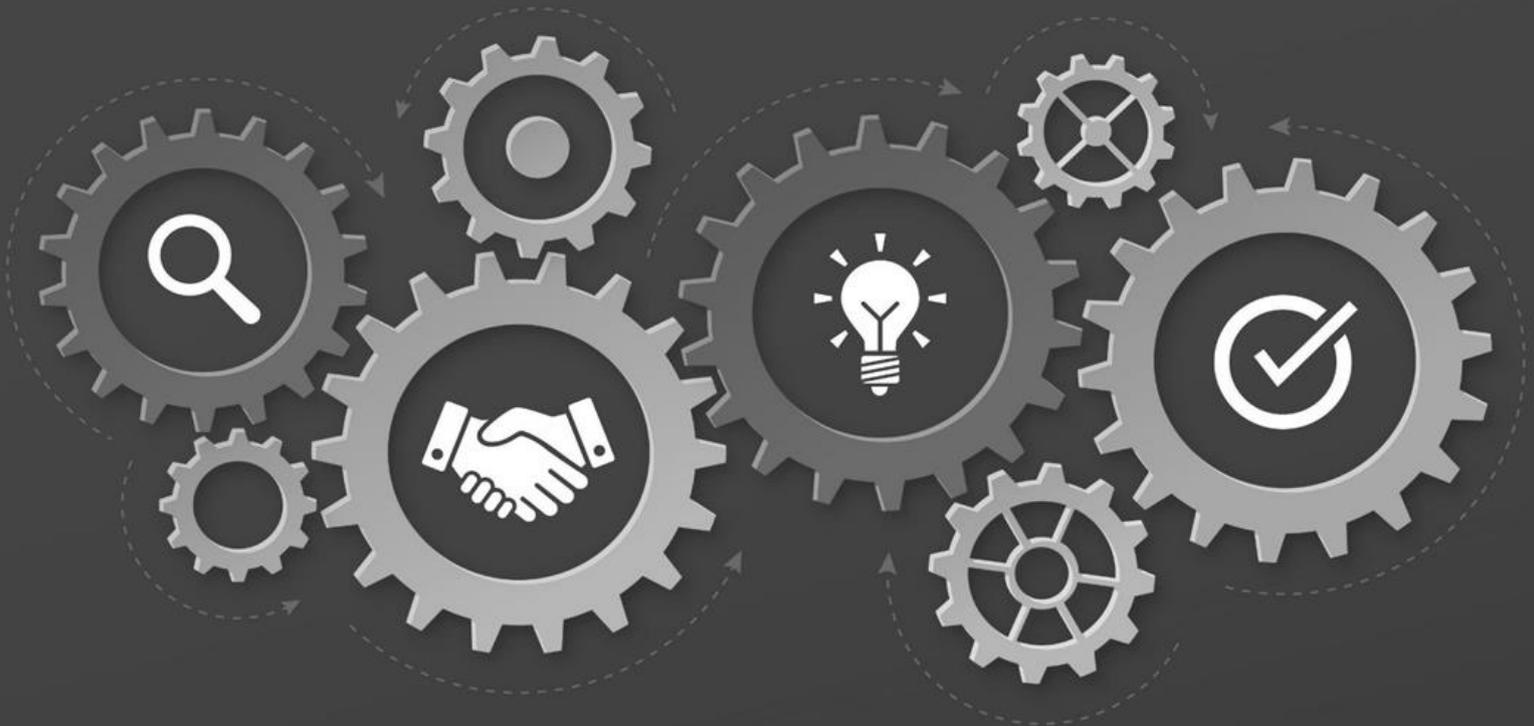
e EDUCAÇÃO TRABALHO



**UM OLHAR SOBRE A FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS
DE SAÚDE NO ÂMBITO DA ESCOLA DE
GOVERNO EM SAÚDE PÚBLICA DE PERNAMBUCO**

MARIA ADJANE MEDEIROS DA SILVA

e EDUCAÇÃO TRABALHO



**UM OLHAR SOBRE A FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS
DE SAÚDE NO ÂMBITO DA ESCOLA DE
GOVERNO EM SAÚDE PÚBLICA DE PERNAMBUCO**

© 2022 – Editora Real Conhecer

editora.realconhecer.com.br

realconhecer@gmail.com

Autora

Maria Adjane Medeiros da Silva

Editor Chefe: Jader Luís da Silveira

Editoração e Arte: Resiane Paula da Silveira

Capa: Freepik/Real Conhecer

Revisão: Respectivos autores dos artigos

Conselho Editorial

Ma. Tatiany Michelle Gonçalves da Silva, Secretaria de Estado do Distrito Federal, SEE-DF
Ma. Jaciara Pinheiro de Souza, Universidade do Estado da Bahia, UNEB
Dra. Náyra de Oliveira Frederico Pinto, Universidade Federal do Ceará, UFC
Ma. Emile Ivana Fernandes Santos Costa, Universidade do Estado da Bahia, UNEB
Me. Rudvan Cicotti Alves de Jesus, Universidade Federal de Sergipe, UFS
Me. Heder Junior dos Santos, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, UNESP
Ma. Dayane Cristina Guarnieri, Universidade Estadual de Londrina, UEL
Me. Dirceu Manoel de Almeida Junior, Universidade de Brasília, UnB
Ma. Cinara Rejane Viana Oliveira, Universidade do Estado da Bahia, UNEB
Esp. Jader Luís da Silveira, Grupo MultiAtual Educacional
Esp. Resiane Paula da Silveira, Secretaria Municipal de Educação de Formiga, SMEF
Sr. Victor Matheus Marinho Dutra, Universidade do Estado do Pará, UEPA

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

S586e Silva, Maria Adjane Medeiros da
Educação e Trabalho: Um Olhar sobre a Formação dos Profissionais de Saúde no Âmbito da Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco / Maria Adjane Medeiros da Silva. – Formiga (MG): Editora Real Conhecer, 2022. 201 p. : il.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-84525-46-7

DOI: 10.5281/zenodo.7425895

1. Educação. 2. Trabalho. 3. Formação dos Profissionais de Saúde. 4. Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco. I. Silva, Maria Adjane Medeiros da. II. Título.

CDD: 371.8

CDU: 37

Os artigos, seus conteúdos, textos e contextos que participam da presente obra apresentam responsabilidade de seus autores.

Downloads podem ser feitos com créditos aos autores. São proibidas as modificações e os fins comerciais.

Proibido plágio e todas as formas de cópias.

Editora Real Conhecer
CNPJ: 35.335.163/0001-00
Telefone: +55 (37) 99855-6001
editora.realconhecer.com.br
realconhecer@gmail.com
Formiga - MG
Catálogo Geral: <https://editoras.grupomultiatual.com.br/>

Acesse a obra originalmente publicada em:
<https://editora.realconhecer.com.br/2022/12/educacao-e-trabalho-um-olhar-sobre.html>



**EDUCAÇÃO E TRABALHO: UM OLHAR SOBRE A FORMAÇÃO DOS
PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO ÂMBITO DA ESCOLA DE
GOVERNO EM SAÚDE PÚBLICA DE PERNAMBUCO**

MARIA ADJANE MEDEIROS DA SILVA

APRESENTAÇÃO

O livro intitulado “*Educação e Trabalho: um olhar sobre a formação dos profissionais de saúde no âmbito da escola de governo em saúde pública de Pernambuco*” é oriundo de uma pesquisa de mestrado da autora Maria Adjane Medeiros da Silva, egressa da Universidad de Desarrollo Sustentable.

Nesse estudo, a autora analisa os saberes trabalhados nas formações executadas pela Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco, com os pressupostos da Educação Permanente em Saúde. Para tanto, a metodologia utilizada foi de natureza qualitativa, exploratória e descritiva.

No capítulo inicial, a autora faz uma análise sobre os antecedentes internacionais e nacionais da educação permanente, destacando os princípios, bases e características.

No capítulo dois, há uma abordagem sobre os temas referentes ao trabalho, educação, educação permanente, educação continuada e educação permanente em saúde. Nesse sentido, a autora ressalta que a Educação Permanente em Saúde pode ser interpretada como uma estratégia do SUS para propiciar aos profissionais o desenvolvimento constante de seu aprendizado, na tentativa de resolução dos problemas relacionados à educação na saúde, incluindo nesse processo a qualificação e formação de trabalhadores da gestão ou da assistência, na tentativa de sanar o descompasso existente entre a formação técnica dos trabalhadores e as necessidades de saúde dos usuários.

No capítulo três, a autora o enfoque epistemológico da investigação, o tipo de estudo e sua justificativa, o design da investigação, o princípio da triangulação metodológica, princípio da validação dos instrumentos, a unidade de análise, o procedimento de coleta de dados, procedimento de análise da informação, sujeito da investigação e o contexto prático e as fases da investigação.

No capítulo quatro, há os resultados da pesquisa, por meio das análises na perspectiva dos sujeitos colaboradores, oriundas das entrevistas semiestruturadas e da análise documental.

Por fim, a autora apresenta considerações, confrontando os objetivos e os pontos significativos desse estudo, cujo objetivo da autora é que a pesquisa contribua de alguma forma para as reflexões dos profissionais de saúde do Estado de Pernambuco, nas mudanças dos processos de ensino/aprendizagem, no

fortalecimento de suas práticas profissionais e conseqüentemente mudanças nos processos de trabalho.

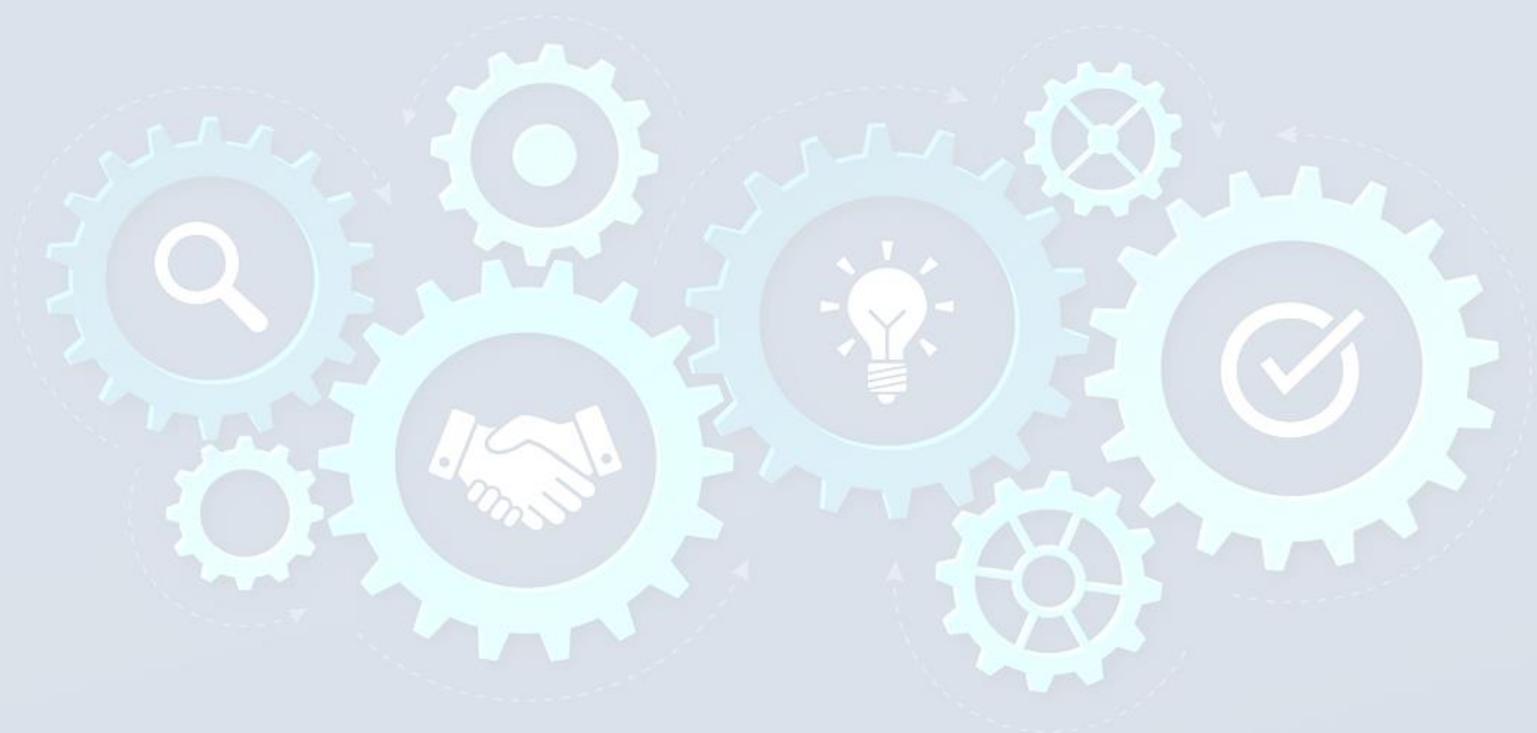
Prof. Dr. Jadilson Marinho da Silva

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	10
I - CAPÍTULO I - ANTECEDENTES E FORMULAÇÃO DO PROBLEMA	15
1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONAIS	16
1.2. ANTECEDENTES NACIONAIS	19
1.3. INVESTIGAÇÕES: TESES E DISSERTAÇÕES SOBRE A TEMÁTICA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE	30
1.4. PROBLEMA DE PESQUISA	39
1.5. PERGUNTA DA INVESTIGAÇÃO	43
1.6. OBJETIVOS	44
1.6.1. OBJETIVO GERAL	44
1.6.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	44
2. JUTIFICATIVA	45
II – CAPÍTULO II - MARCO TEORÍCO.....	51
2.1. TRABALHO E DEUCAÇÃO	52
2.1.1. TRABALHO	52
2.1.2. EDUCAÇÃO	55
2.2. EDUCAÇÃO PERMANENTE E EDUCAÇÃO CONTINUADA	57
2.2.1. EDUCAÇÃO PERMANENTE	57
2.2.2. EDUCAÇÃO CONTINUADA	64
2.3. EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE	68
III – CAPÍTULO III - MARCO METODOLÓGICO.....	82
3.1. ENFOQUE EPISTEMOLÓGICO DA INVESTIGAÇÃO	83
3.2. TIPO DE ESTUDO E SUA JUSTIFICAÇÃO	86
3.3.DESIGN DA INVESTIGAÇÃO.....	87
3.4. PRINCÍPIO DA TRIANGULAÇÃO METODOLÓGICA.....	90
3.5. PRINCÍPIO DA VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTOS.....	93
3.6. UNIDADES DE ANÁLISE.....	94
3.7. PROCEDIMENTOS DA COLETA DE DADOS	95
3.7.1. GRUPO FOCAL.....	96
3.7.2. ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA.....	98
3.7.3. ANÁLISE DOCUMENTAL.....	100

3.8. PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DA INFORMAÇÃO	101
3.9. SUJEITOS DA INVESTIGAÇÃO	104
3.9.1. CRITÉRIO DE INCLUSÃO	104
3.9.2. CRITÉRIO DE EXCLUSÃO	104
3.10. CONTEXTO PRÁTICO DA INVESTIGAÇÃO	105
3.10.1. O LOCUS DA PESQUISA: CONHECENDO A INSTITUIÇÃO - CONTEXTUALIZAÇÃO POLÍTICA E PEDAGÓGICA DA ESPPE	105
3.11. FASES DA INVESTIGAÇÃO	114
3.11.1. PRIMEIRA FASE - PROCEDIMENTOS PRELIMINARES	114
3.11.2. SEGUNDA FASE - A PESQUISA DE CAMPO	114
3.11.3. TERCEIRA FASE - ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS	114
IV – CAPÍTULO IV - ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	115
4.1. PROCESSOS METODOLÓGICOS: O QUE PENSAM E COMO EXECUTAM A EPS OS ATORES DA ESPPE	116
4.1.2. ANÁLISE E DISCUSSÃO DO GRUPO FOCAL	116
4.1.3. ANÁLISE E DISCUSSÃO DAS ENTREVISTAS	130
4.1.4. ANÁLISE DOCUMENTAL	155
V – CAPÍTULO V - CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS	160
5.1. CONCLUSÕES GERAIS	161
5.2. CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS	163
5.3. NOVAS INVESTIGAÇÕES	164
6. REFERÊNCIAS	165
7. APÊNDICES	194
APÊNDICE A - Instrumento de pesquisa – entrevista docente	195
APÊNDICE B - Instrumento de pesquisa – entrevista gestão e área técnica	195
APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) Grupo Focal	196
APÊNDICE D-Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) Entrevista	197
APÊNDICE E – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	198

INTRODUÇÃO



INTRODUÇÃO

Educação e trabalho são atividades estritamente humanas, o que significa dizer que apenas o ser humano trabalha e educa. Os seres humanos apropriam-se da natureza, mediado pelo conhecimento, ciência e tecnologia, para produzir e reproduzir-se como um ser social, cultural, simbólico e afetivo (SAVIANI, 2007).

O processo educativo em geral, segundo Koifman e Saippa-Oliveira (2005), está e sempre esteve vinculado à difusão de conteúdos “culturalizadores”, que se materializam por meio dos conteúdos abordados e pelas formas de se explicar os processos de produção e reprodução social.

A partir da evolução da sociedade e do desenvolvimento da produção surgem as sociedades de classes, com ela a divisão do trabalho e da educação. A partir da sociedade escravocrata surgem duas modalidades distintas e separadas de educação: uma para a classe proprietária, identificada como a educação dos homens livres, e outra para a classe não proprietária, identificada como a educação dos escravos e serviçais. A primeira, centrada nas atividades intelectuais, na arte da palavra e nos exercícios físicos de caráter lúdico ou militar. E a segunda, assimilada ao próprio processo de trabalho (SAVIANI, 2007).

Com o surgimento do modo de produção capitalista, a partir das revoluções industriais, finais do século XVIII e início do século XIX, a educação e o trabalho sofrem nova determinação. A escola liga-se, de alguma forma, ao mundo da produção, ao mundo do trabalho. Com base nos estudos realizados por Saviani (2007) e Frigotto (2010), é possível afirmar que a relação entre trabalho e educação no modo de reestruturação produtiva do capital foi sendo constituída a partir de uma relação de poder. Rodrigues (1998) fundamenta sua análise numa concepção marxista de educação e propõe a busca e a defesa de uma educação pública, gratuita, obrigatória e única para todos, portanto, não excludente. Objetiva também a superação do hiato que fora historicamente construído pelas sociedades capitalistas entre trabalho intelectual e o trabalho manual.

Saviani (1994) classifica as teorias da educação em dois grandes grupos: aquelas que entendem a educação como um instrumento de equalização social – teorias não críticas – e, portanto, sujeita à superação da marginalidade, e um segundo grupo que entende a educação como instrumento de discriminação social, logo, um fator de marginalização – teorias críticas ou críticas reprodutivistas.

Para o primeiro grupo está caracterizado as teorias não críticas pelo autor, onde a educação está focalizada como harmoniosa, tendendo à integração de seus membros, constituindo “uma força homogeneizadora, que tem por função reforçar os laços sociais, promover a coesão e garantir a integração de todos os indivíduos no corpo social” (SAVIANI, 1994:15).

Já o segundo grupo engloba as teorias críticas que concebem a sociedade permeada pela divisão entre grupos e classes antagônicas, tendo a força (coerção) como mediadora de suas relações. Na visão do autor a força se manifesta nas condições de produção da vida material. As teorias críticas compreendem a educação relacionada aos determinantes sociais, sendo, portanto, ligada à estrutura socioeconômica, que, por sua vez, condiciona a forma com que o fenômeno educativo se manifesta.

Segundo Pereira e Ramos (2006), a formação profissional diz respeito à capacidade dos indivíduos desenvolverem seus conhecimentos teóricos, técnicos e operacionais do e no trabalho. Na apreensão das autoras a formação profissional pode ser entendida como, a capacitação para e no trabalho, portanto, à relação permanente entre o trabalhador e o processo de trabalho na ótica dos trabalhadores. Enquanto que o termo marxiano de qualificação profissional pode ser entendido como uma articulação entre as condições físicas e mentais que compõe a força de trabalho, utilizadas em atividades voltadas para valores de uso (PEREIRA & RAMOS, 2006, p. 15).

No setor da saúde, a formação de seus profissionais, a partir da elaboração da Portaria GM/MS Nº 1.996 de 20 de agosto de 2007, a qual normatiza as diretrizes e as estratégias da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde - PNEPS traz uma abordagem onde a relação entre educação e trabalho está intrinsecamente ligada. E para o seu sucesso o Ministério da Saúde alega que a União, os Estados e o Distrito Federal estão orientados a manterem escolas de governo para a formação e o aperfeiçoamento dos servidores, constituindo-se a participação nos cursos um dos requisitos para a promoção na carreira (BRASIL, 2005).

A Educação Permanente em Saúde - EPS é uma prática de ensino-aprendizagem, onde a produção do conhecimento está vinculada ao cotidiano das instituições de saúde, a partir da problematização das ações vivenciadas pelos profissionais no dia a dia (PEREIRA, 2008).

Experiências mostram que a reorganização do processo de trabalho a partir da problematização e da aprendizagem significativa, pressupostos da EPS, tem transformado tanto a produção do cuidado como o significado do mundo do trabalho para os trabalhadores, ou seja, ao mesmo tempo em que produzem o cuidado, os trabalhadores produzem a si mesmo como sujeitos (FRANCO, 2007). Esta afirmação de Franco (2007) coincide com a declaração de Vázquez (1990) ao descrever que a relação do homem com o mundo o coloca como sujeito da práxis, na qual, ao passo que transforma, transforma-se também.

A Educação Permanente em Saúde pressupõe a postura questionadora e reflexiva, e a aprendizagem significativa no universo das experiências e das vivências dos trabalhadores de saúde, fruto da visão de que o conhecimento não se transmite, mas se constrói a partir das dúvidas e do questionamento das práticas vigentes à luz de questões e problemas contextualizados (BRASIL, 2004).

Nesse sentido, o estudo ora apresentado pretendeu contribuir com o entendimento de educação permanente em saúde, na medida em que busca analisar o desenvolvimento das formações executadas pela Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco, procurando identificar o nível de discussão e vivência dos docentes, gestores e área técnica da citada escola, acerca dessa temática. Para tanto, este estudo está organizado em introdução mais cinco capítulos.

O primeiro capítulo traz abordagens e contextualizações acerca dos antecedentes nacionais e internacionais da educação permanente em saúde, o estado da arte da temática: como investigação de teses e dissertações acerca da temática, a formulação do problema da pesquisa, as perguntas da investigação, os objetivos: geral e específicos e a justificativa.

No segundo capítulo estruturamos os fundamentos teóricos abordados através de revisão da literatura sobre o que tem sido discutido com relação ao tema em questão. Abordamos as discussões sobre os temas referentes ao trabalho, educação, educação permanente, educação continuada e educação permanente em saúde.

No terceiro capítulo encontraremos os marcos metodológicos aplicados ao estudo em questão. Apresenta a concepção sobre o enfoque epistemológico da investigação, o tipo de estudo e sua justificativa, o design da investigação, o princípio da triangulação metodológica, princípio da validação dos instrumentos, a unidade de análise, o procedimento de coleta de dados, procedimento de análise da informação,

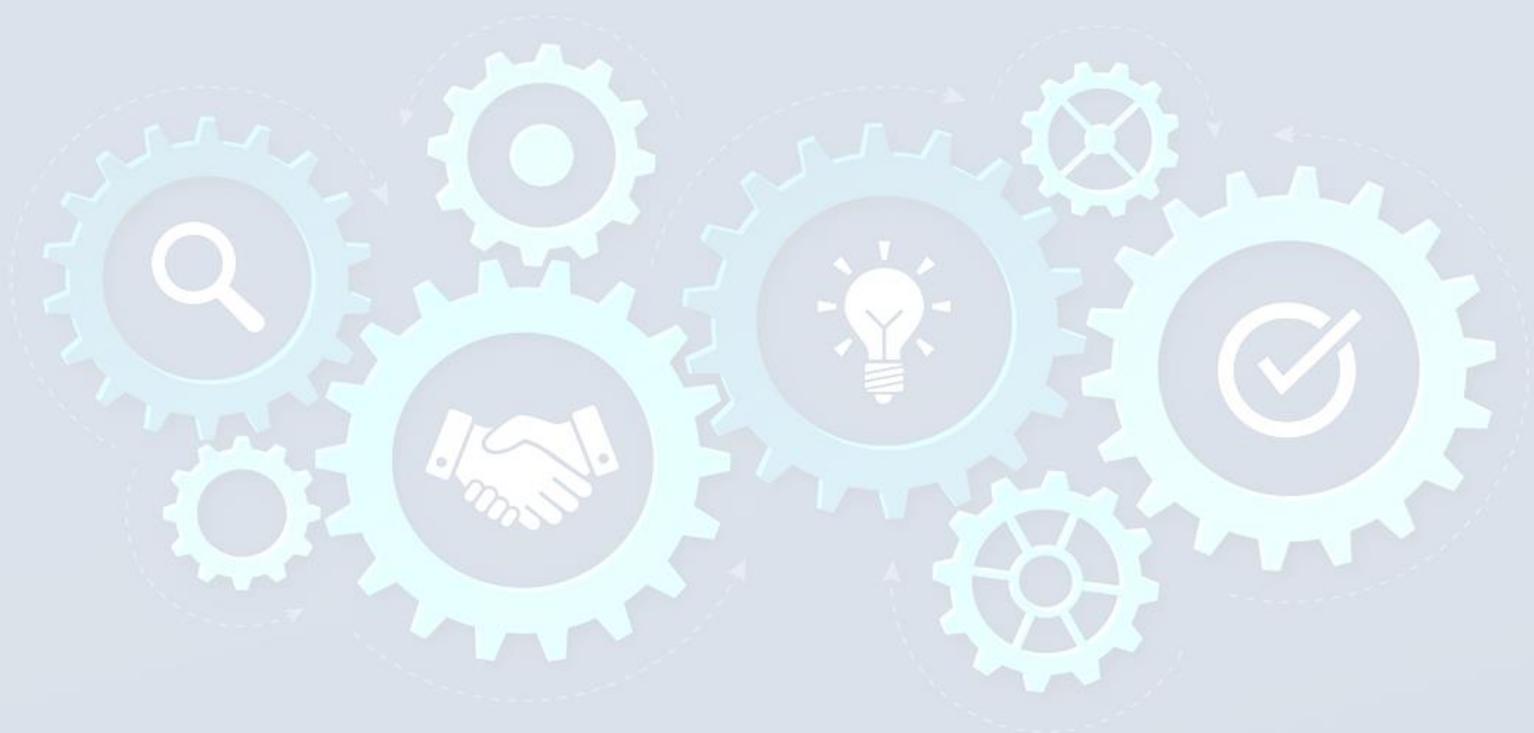
sujeito da investigação, critério de inclusão e exclusão dos investigados, contexto prático e as fases da investigação.

No quarto capítulo, apresentamos os resultados da pesquisa, por meio das análises da produção discursiva coletados dos pesquisados. Esta produção foi alcançada através do grupo focal, das entrevistas semiestruturadas e da análise documental, instrumentos que ajudaram a responder os objetivos da pesquisa.

No quinto e último capítulo tecemos nossas considerações, confrontando os objetivos com os achados da investigação e reforçamos os pontos significativos da nossa pesquisa. Desta forma, esperamos contribuir para o investimento de novas pesquisas que possam fortalecer a temática.

Capítulo 1

ANTECEDENTES E FORMULAÇÃO DO PROBLEMA



CAPÍTULO I

1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONAIS DA EDUCAÇÃO PERMANENTE

Lemos (2018) aponta que o termo Educação Permanente fora descrito inicialmente no Reino Unido, através do Comitê de Educação de Adultos do Reino Unido, em 1919. Arantes (2016) descreveu a educação para adultos como “uma necessidade permanente, um aspecto imprescindível da cidadania e, portanto, deve ser geral e para toda a vida” (ARANTES, 2016, p.2).

Cotton (1968) informa que o Center for the Study of Liberal Education for Adults, publicou um estudo sobre Educação de Adultos nos Estados Unidos, apontando três tendências para o tema:

- a) a tendência social reformista, entre 1919 a 1929, período do término da primeira guerra mundial e a crise econômica;
- b) a tendência para a orientação profissional, entre os anos de 1929 a 1946, e;
- c) a terceira tendência caracterizada pela depressão econômica que abrangeu o período de 1946 a 1964, pós-segunda guerra mundial.

Nesta perspectiva, Cotton apresenta ainda, um quarto período compreendido nos anos de 1965 a 1975, marcado pelos movimentos internacionais de Educação de Adultos, pelo retorno às preocupações sociais do início do século e pela colocação de Educação de Adultos no contexto de Educação Permanente (HENRY e GASTON, 1977).

Arouca (1996) apresenta que o Canadá segue o modelo teórico de Educação Permanente desde 1857.

Bernheim (1995) afirma que a Comissão de Cultura e Educação do Conselho da Europa, associada à UNESCO, no campo internacional, teve um papel fundamental no processo de concretização da Educação Permanente.

Na 19ª Reunião da Conferência Geral, realizada pela UNESCO, de 26 de outubro a 30 de novembro de 1976, em Nairóbi (Paris), ocorreu recomendações relativas à educação de adultos, a qual definiu a expressão “educação permanente” como um projeto no qual o homem é o agente de sua própria educação por meio da interação permanente e suas ações e reflexões” (UNESCO, 1976, p.124).

Candeias (1984), Educação Permanente para os profissionais da área da saúde, refere que na Alemanha existia um Departamento ou um Instituto de Higiene

que subsidiava os programas de investigação de disseminação de doenças infecciosas.

Na Grã-Bretanha a ênfase era em programas de treinamento para administradores na área de Saúde Pública. Nos Estados Unidos houve a proposta da criação de Faculdades de Higiene e Saúde Pública no país e fora dele com o objetivo de formar profissionais para o ensino, pesquisa e prestação de serviço em saúde. Coube à Fundação Rockefeller, instituição norte-americana que atuava financiando projetos na área de saúde pública, auxiliar financeiramente instituições de ensino superior e secretarias de saúde que demonstrassem interesse em realizar formações nessa área (CANDEIAS, 1984).

A Universidade John Hopkins, em Baltimore, foi a primeira instituição de ensino a receber esse auxílio e em 1916 criou a Escola de Higiene e Saúde Pública, integrada à Universidade. A linha de base das formações ali oferecidas era o saneamento “higienista-educacional”, que se sustentava no tripé: educação sanitária nos centros de saúde, prevenção de doenças e formação de recursos humanos (CANDEIAS, 1984).

A partir da década de 60, o conceito de Educação Permanente passa a ser tratado com mais ênfase nas discussões sobre educação. Em 1963 a UNESCO realizou a II Conferência Mundial de Educação de Adultos, em Paris, onde se recomendou que os adultos fizessem uma autoeducação permanente, já que as profissões evoluíam rapidamente e muito podia ser adquirido por meio de estudos e trocas de experiências (UNESCO, 1963. 54 p.). Seguindo este conceito, Santos define que:

Educação Permanente designa um projeto no qual o homem é o agente de sua própria educação por meio da interação permanente e suas ações e reflexões (SANTOS, 2016, p.124).

Em 1973, em Ottawa (Canadá), ocorreu a 1ª Conferência Pan-Americana sobre Planejamento de Recursos Humanos em Saúde, a qual identificou alguns problemas nesta área, tais como: a centralidade no profissional médico e o desenvolvimento limitado das outras categorias profissionais; a concentração de pessoal em centros urbanos; e a tendência à formação especializada, centrada no hospital e em tecnologias sofisticadas, porém, desvinculada dos problemas dos serviços de saúde e apontou a necessidade de melhoria na formação dos profissionais de saúde, uma

vez que esta ocorria de forma desarticulada dos serviços, em função da inadequação curricular frente à realidade destes (LOPES, 2006). Indicaram também, as necessidades de: articulação dos setores de educação e saúde, com a participação da comunidade; organização e aperfeiçoamento de sistemas de informação sobre Recursos Humanos em Saúde e necessidades de saúde e de atenção não cobertas; e transferência de conhecimentos e responsabilidades dos profissionais de saúde à comunidade, para ampliar a cobertura dos serviços de saúde, particularmente, os das áreas rurais (OPAS, 1974). Neste período, conceitua-se Planejamento de Recursos Humanos em Saúde como:

O processo pelo qual se determinam o número de pessoas e o tipo de conhecimentos, habilidades e atitudes necessárias para o alcance das metas de saúde projetadas e, em última instância, os objetivos de saúde. Este planejamento implica, também, a determinação de quem fará o quê, quando, onde, como, com quais recursos e para quais grupos da população de modo que se disponha de pessoal com os conhecimentos e competência necessários para obter o rendimento adequado às políticas e nos prazos previstos (HALL; MEJÍA, 1978, p.10-11).

Com a realização XIX Conferência Sanitária Pan-Americana, em 1974, observou a necessidade de apoiar os governos em seus esforços para planejar, implementar e melhorar os mecanismos que permitem a atualização permanente do pessoal de saúde (SILVA, 2017 p.17).

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) organizou um processo avaliativo sobre as iniciativas de educação permanente, o que resultou no conhecimento da ruptura entre a formação e as questões reais do serviço, a distância entre a teoria e a prática, a fragmentação dos processos de educação por meio de cursos que reproduziam modelos atomizados das disciplinas, além de fazer um uso escasso da solução de problemas em serviço (DAVINI, 1990).

Em um dos resultados avaliativos destes processos, Vidal, Giraldo e Jouval (1986) descreveram alguns princípios que fazem a Educação Permanente em Saúde mais efetiva:

1. A educação ao longo da vida não é um fim em si mesmo, mas um meio para alcançar o objetivo de alcançar uma maior capacidade dos trabalhadores de saúde em benefício da população que eles servem. Quando se torna um instrumento regulador ou punitivo, não alcança seus verdadeiros objetivos.

2. O conteúdo da educação permanente deve estar diretamente relacionado aos problemas da prática profissional, uma vez que adquirir conhecimento para utilizá-los na prática cotidiana é o maior estímulo motivador.

3. A informação que é dada neste processo, especialmente àquela que é baseada no conhecimento fundamental, deve ser cuidadosamente projetada para permitir uma verdadeira utilização (VIDAL, et al 1986, p. 508).

Lopes (2007) menciona que a partir da década de 80, a Educação Permanente em Saúde foi assumida como uma prioridade junto à Organização Pan-Americana de Saúde e a Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS). A partir desta ação, grupos de trabalho elaboraram uma proposta teórico-metodológica com diretrizes que tinham por finalidade guiar a estruturação de programas e políticas sobre EPS para os países no continente americano. Países como Argentina, Bolívia, Brasil, Chile, Cuba, México, República Dominicana e Peru, estruturaram e desenvolveram programas e algumas políticas na área de desenvolvimento de recursos humanos em saúde considerando os pressupostos estabelecidos pela OPAS/OMS, com financiamento de organismos internacionais.

Atualmente há um consenso de que a educação é um processo contínuo que acompanha e atravessa toda a vida do homem e se desenvolve em âmbitos e estruturas sociais distintas, muito além das escolas e universidades destinadas ao ensino (DAVINI, 1995. 120 p.).

Desta forma, a proposta de EPS é construída como uma estratégia para articular as relações entre trabalho e educação. Introduzindo um debate para a construção de um novo modelo pedagógico e de um ambiente dialógico de aprendizagem, na perspectiva da mudança nas práticas de saúde. A política de saúde trouxe a proposta da educação permanente para a área tendo em vista a premissa de atender as necessidades sociais que emergem conforme as constantes mudanças mundiais, preparando o indivíduo em suas potencialidades e buscando melhorar a qualidade do atendimento do serviço (BÁRCIA, 1982).

1.2. ANTECEDENTES NACIONAIS DA EDUCAÇÃO PERMANENTE

No contexto histórico brasileiro a década de 80 foi marcada por diversas mudanças que se expressam no contexto socioeconômico e político, no perfil

epidemiológico de saúde da população, nas rotinas do exercício profissional, na inserção do profissional no mercado de trabalho e nas organizações do sistema, serviços e práticas de saúde (RIBEIRO, 2012).

Com o fim do regime militar brasileiro (1985), a efetivação do movimento da reforma sanitária e a promulgação da Constituição Federal de 1988 surge um novo modelo de saúde no país, o Sistema Único de Saúde - SUS, quando a população brasileira conquista o direito social à saúde, a ser garantida pelo Estado, por meio de políticas públicas. Nesse contexto, a Constituição Federal de 1988 ao consagrar o direito universal à saúde como direito humano, incorporou um conjunto de direitos necessários a dignidade da pessoa e ao exercício da cidadania democrática. Contribuindo para a construção de uma concepção ampliada de saúde, o que vem ratificar o que se expressa na Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948) em seu Artigo 25:

§ 1º Toda pessoa tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, o direito à segurança, em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência em circunstâncias fora de seu controle (DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS, 1948).

Sendo assim o Sistema Único de Saúde é criado e estruturado com princípios e arcabouço organizacional, a saber:

Princípio da Universalização: a saúde é um direito de cidadania de todas as pessoas e cabe ao Estado assegurar este direito, sendo que o acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, ocupação, ou outras características sociais ou pessoais.

Princípio da Equidade: o objetivo desse princípio é diminuir desigualdades. Apesar de todas as pessoas possuírem direito aos serviços, as pessoas não são iguais e, por isso, têm necessidades distintas. Em outras palavras, equidade significa tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior.

Princípio da Integralidade: este princípio considera as pessoas como um todo, atendendo a todas as suas necessidades. Para isso, é importante a integração de ações, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação. Juntamente, o princípio de integralidade pressupõe a articulação da

saúde com outras políticas públicas, para assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida dos indivíduos (BRASIL, 1990).

Em seu arcabouço organizacional, o Sistema Único de Saúde apresenta:

Regionalização e Hierarquização: os serviços devem ser organizados em níveis crescentes de complexidade, circunscritos a uma determinada área geográfica, planejados a partir de critérios epidemiológicos, e com definição e conhecimento da população a ser atendida. A regionalização é um processo de articulação entre os serviços que já existem, visando o comando unificado dos mesmos. Já a hierarquização deve proceder à divisão de níveis de atenção e garantir formas de acesso a serviços que façam parte da complexidade requerida pelo caso, nos limites dos recursos disponíveis numa dada região.

Descentralização e Comando Único: descentralizar é redistribuir poder e responsabilidade entre os três níveis de governo. Com relação à saúde, descentralização objetiva prestar serviços com maior qualidade e garantir o controle e a fiscalização por parte dos cidadãos. No SUS, a responsabilidade pela saúde deve ser descentralizada até o município, ou seja, devem ser fornecidas ao município condições gerenciais, técnicas, administrativas e financeiras para exercer esta função. Para que valha o princípio da descentralização, existe a concepção constitucional do mando único, onde cada esfera de governo é autônoma e soberana nas suas decisões e atividades, respeitando os princípios gerais e a participação da sociedade.

Participação Popular: a sociedade deve participar no dia-a-dia do sistema. Para isto, devem ser criados os Conselhos e as Conferências de Saúde, que visam formular estratégias, controlar e avaliar a execução da política de saúde. (BRASIL, 1990).

A Constituição brasileira de 1988 determinou que a competência para ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde, é do Sistema Único de Saúde (CF/1988, Art. 200, inciso III). A União, os Estados e o Distrito Federal estão obrigados a manterem escolas de governo para a formação e o aperfeiçoamento dos servidores, constituindo-se a participação nos cursos um dos requisitos para a promoção na carreira (BRASIL, 2005).

A IX e a X Conferências Nacionais de Saúde – CNS (1992 e 1996 respectivamente) ampliaram as discussões a respeito da necessidade de uma política de recursos humanos para a saúde. Todavia, durante a realização da XI CNS, em

2000, o relatório apontou que “a formação dos trabalhadores da saúde não se orienta pela leitura das necessidades sociais em saúde. É conduzida sem debate com os organismos de gestão de participação social do SUS” (BRASIL, 2001a, p.42).

Essa Conferência ratificou a responsabilidade do SUS na ordenação da formação de recursos humanos para o setor e aprovou a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos em Saúde (NOB-RH/SUS), publicada em 2002. Essa NOB estabeleceu as diretrizes para a instituição de uma política nacional na área e afirmou os recursos humanos como “a base para a viabilização e implementação dos projetos, das ações e serviços de saúde disponíveis para a população” (BRASIL, 2002, p. 10), sendo o investimento nos recursos humanos necessários para o avanço na implementação do SUS.

A Lei Orgânica da Saúde Nº 8.080, de 19 setembro de 1990, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Em seu Artigo 6º inclui no campo de atuação do SUS, a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde e o incremento, em sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico, com a finalidade de facilitar o desenvolvimento do trabalho e melhorar a qualidade dos serviços prestados. E em seu Artigo 27 descreve que:

A política de recursos humanos na área da saúde será formalizada e executada, articuladamente, pelas diferentes esferas de governo, em cumprimento dos seguintes objetivos: organizar um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, e elaborar programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal (BRASIL, 1990).

Neste sentido, o SUS trouxe para a agenda das políticas públicas um projeto educativo como instrumento capaz de articular os diferentes atores da esfera da saúde coletiva, tornando-se, assim, crucial a adoção de referenciais teórico-metodológicos mais progressistas no processo ensino aprendizagem dos profissionais de saúde, diante das propostas atuais com predominância de uma educação tecnicista, que não possibilita a problematização do conhecimento (PERNAMBUCO, 2014, P.12).

A Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do Sistema Único de Saúde (NOB/RH/SUS) têm por finalidade primordial estabelecer parâmetros gerais para a Gestão do Trabalho no SUS, bem como orientações gerais para a elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários, e os processos de negociações.

As Conferências Nacionais de Saúde têm reconhecido a importância das formações para profissionais e apontam para uma reorganização e transformação (da Educação Continuada para a Educação Permanente). Para tanto a Política de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde do SUS apontam:

A qualidade da atenção à saúde exige a formação de pessoal específico, com domínio de tecnologias que qualifiquem a atenção individual e coletiva. Os novos enfoques teóricos e de produção tecnológica no campo da Saúde passam a exigir novos perfis profissionais. É imprescindível e obrigatório o comprometimento das instituições de ensino em todos os níveis, desde o ensino fundamental, com o Sistema Único de Saúde e com o modelo assistencial definido nas Leis n.º 8.080/90 e n.º 8.142/90, por meio da formulação de diretrizes curriculares que contemplem as prioridades expressas pelo perfil epidemiológico e demográfico das regiões do País; da implementação de política de capacitação de docentes orientada para o SUS; da formação de gestores capazes de romper com os atuais paradigmas de gestão; e da garantia de recursos necessários ao desenvolvimento do ensino, pesquisa e extensão. Essa formação deverá se dar, prioritariamente, nas instituições públicas de ensino (BRASIL, 2005).

Em 2003, o Ministério da Saúde (MS) cria a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), por meio do Decreto n.º 4.726, de 09 de junho de 2003, sendo essa secretaria a referência da gestão federal do SUS a todos os assuntos que se referem à formulação de políticas orientadoras da formação, do desenvolvimento, da distribuição, da regulação e da gestão dos trabalhadores da Saúde (BRASIL, 2009).

A SGTES é formada por dois departamentos: o Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES) e o Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (DEGERTS), cujas responsabilidades estão assim definidas: O DEGERTS é responsável pelos assuntos referentes ao planejamento da inserção de trabalhadores na rede SUS, à regulação das relações de trabalho e à regularização dos vínculos trabalhistas.

O DEGES é responsável por todas as questões que envolvem a formação, desenvolvimento e educação permanente dos trabalhadores da saúde em todos os níveis de escolaridade, bem como as atividades de capacitação destinadas aos profissionais de outras áreas em saúde, movimentos sociais e população, além de articulações com o ensino básico para a formação da consciência sanitária (BRASIL,

2004d). Este departamento foi organizado por meio de três coordenações gerais divididas em: Ações Estratégicas em Educação na Saúde, com atuação na educação superior das graduações de saúde; Ações Técnicas em Educação na Saúde, com a educação profissional dos trabalhadores da saúde como eixo principal; e Ações Populares de Educação na Saúde, com o propósito da formação e a produção do conhecimento para a gestão social das políticas públicas de saúde, por meio da educação em saúde (BRASIL, 2004a). Em resumo, este departamento é responsável em propor e implementar a política de educação para o SUS, assumindo a responsabilidade constitucional pelo ordenamento da formação dos profissionais de saúde, bem como pela adequação do perfil e qualificação permanente dos trabalhadores já inseridos no sistema.

A formação desse departamento contribuiu para a elaboração de diversas ações educativas. Tais ações apresentaram-se importantes para a estruturação da política atual e puderam ser verificadas a partir de vários programas, incluindo o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE), Programa de Formação na Área de Educação Profissional em Saúde (PROFAPS) e Fortalecimento das Escolas Técnicas do SUS (ET-SUS) (HADDAD et al., 2008).

A Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde elaborou e apresentou ao Conselho Nacional de Saúde - CNS a proposta da Política de Formação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde, com o objetivo de definir uma proposta nacional de formação e desenvolvimento para o conjunto dos profissionais de saúde, capaz de tratar de educação e trabalho, promover mudanças nas práticas de formação e nas práticas de saúde, promover articulação entre ensino, gestão e controle social e criar pólos de Educação Permanente em Saúde (Brasil, 2004b, p.39).

Em 2004, o Ministério da Saúde edita a Portaria GM/SM Nº 198, em 13 de fevereiro de 2004, instituindo a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), formulada pelo DEGES, com estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor. Indicando:

A Educação Permanente como o encontro entre o mundo da formação e o mundo do trabalho, onde o aprender e o ensinar

se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. Propondo, assim, que os processos de qualificação dos trabalhadores da saúde tomem como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde, tenham como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho e sejam estruturados a partir da problematização do processo de trabalho (BRASIL, 2004, p. 9).

Nesta perspectiva Ceccim e Feuerwerker (2004), revelam a necessidade de se articular ações estratégicas capazes de transformar a organização dos serviços e dos processos formativos, as práticas de saúde e as práticas pedagógicas, e para tanto, implica em um trabalho que envolva o sistema de saúde e as instituições de educação, destacando ainda que:

Por se apresentarem de forma desarticulada ou fragmentada e corresponderem a orientações conceituais heterogêneas, as capacidades de impacto das ações do SUS em educação têm sido muito limitadas, no sentido de alimentar os processos de mudança sobre as instituições formadoras, e nulas em apresentar a formação como uma política do SUS (CECCIM; FEUERWERKER, 2004, p. 45).

Cavalcanti (2010), refere que antes da implantação da PNEPS a maior parte das atividades educativas eram elaboradas no âmbito central dos governos, de modo que partiam do Ministério da Saúde ou de ofertas prontas das instituições formadoras, cuja estruturação e elaboração ocorriam de maneira isolada em cada secretaria ou departamento, existindo pouca articulação entre elas. Refere:

Essas ações nacionais no campo de educação aconteciam através da abertura de editais por parte do Ministério da Saúde, aos quais as instituições de ensino concorriam para receber os recursos e executar a ação ou ainda através de convênio direto do Ministério da Saúde com instituições formadoras. Esta última via é também conhecida como “balcão”, em alusão a um balcão de negócios. As universidades ou outros órgãos formadores (escolas técnicas, núcleos de educação das secretarias, etc.) submetiam projetos ao MS que podia ou não os aprovar. De uma forma ou de outra, essas ações eram oferecidas geralmente na forma de cursos, com vagas pré-determinadas para cada um dos estados da federação. Cabia então às secretarias estaduais de saúde determinar quantas vagas seriam oferecidas para cada município, processo que costumava ocorrer independentemente da efetiva necessidade dos mesmos. Muitas vezes esses cursos eram oferecidos por determinada instituição com tradição num certo campo de conhecimento, com a mesma forma e conteúdo para os diversos lugares do Brasil (CAVALCANTI, 2010, p. 61-62).

Com a implantação da PNEPS o SUS passou a ser o interlocutor nato das escolas na formulação e implementação dos projetos políticos-pedagógicos de formação profissional e não apenas um mero campo de estágio ou de aprendizagem da prática dos profissionais. A mesma define novas diretrizes para a gestão democrática na área da educação na saúde, a saber: gestão participativa, protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços, bem como o fortalecimento do controle social.

Esta política explícita ainda, uma proposta que tem relação com os princípios e as diretrizes do SUS, da atenção integral à saúde e a construção de uma cadeia do cuidado progressivo à saúde na rede do Sistema Único de Saúde. Supõe a ruptura com o conceito de sistema verticalizado para trabalhar com a ideia de rede, de um conjunto articulado de serviços básicos, ambulatoriais de especialidades e hospitais gerais e especializados em que todas as ações e serviços de saúde sejam prestados reconhecendo-se contextos e histórias de vida e assegurando adequado acolhimento e responsabilização pelos problemas de saúde das pessoas e das populações (BRASIL, 2004).

A PNEPS propõe iniciativas inovadoras e articuladoras em cinco campos, a saber:

- transformar toda a rede de gestão e de serviços em ambientes-escola;
- estabelecer a mudança nas práticas de formação e de saúde como construção da integralidade da atenção de saúde à população;
- instituir a educação permanente de trabalhadores para o SUS;
- construir políticas de formação e desenvolvimento com bases locais/regionais;
- avaliação como estratégia de construção de um compromisso institucional de cooperação e de sustentação do processo de mudança (BRASIL, 2004).

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde valorizou o papel da equipe multidisciplinar de saúde e o caráter essencialmente social da ação educativa realizada concretamente nos processos de trabalho coletivo, sem retirar a importância da competência técnica específica – a educação continuada (FURTER, 1995).

A implantação desta política implicou no trabalho articulado entre o sistema de saúde e as instituições de ensino, colocando em evidência a formação e o desenvolvimento para o SUS, agregando desenvolvimento individual e institucional; ações e serviços e gestão setorial; e entre atenção à saúde e controle social.

A PNEPS indicou que a execução se dará a partir da implantação e mobilização de Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS (instâncias interinstitucionais e locorregionais/rodas de gestão) como articulação e criação de novas ações e investimentos que, contribuam para o avanço do SUS, diversificando a oferta de cursos, estimulando a superação dos limites da formação e das práticas clínicas ou de gestão tradicionais, proporcionando a interação de docentes e estudantes nos cenários de práticas de saúde, promovendo a educação permanente das equipes de saúde, fortalecendo o controle da sociedade sobre o sistema de saúde e qualificando a formação e a atenção integral à saúde (BRASIL, 2004).

Em 2007, a Política de Educação Permanente em Saúde é readequada, considerando as mudanças no sistema de gestão na área da saúde, dando ênfase à descentralização e ao fortalecimento das instâncias gestoras e do controle social. A partir de então, os entes federados passaram a assumir a responsabilidade de criar estruturas de coordenação e execução em âmbitos regional e local. O Ministério da Saúde lança a Portaria GM/MS Nº 1.996, de 20 de agosto de 2007, a qual dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente. No seu artigo 1º, Parágrafo Único, estabelece:

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 (BRASIL, 2007).

A política propõe transformar as práticas de formação, atenção, gestão e controle social, tendo como grande desafio romper com a lógica da repetição e da fragmentação dos cursos de capacitação (BRASIL, 2007).

A educação permanente se baseia na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais. A educação permanente pode ser entendida como aprendizagem-trabalho, ou seja, ela acontece no cotidiano das pessoas e das organizações. Ela é feita a partir dos problemas

enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm (BRASIL, 2007, p. 20).

A Portaria GM/MS Nº 1.996, define que a condução regional da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde dar-se-á por meio dos Colegiados de Gestão Regional (CGR), com a participação das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES). Definiu também, a composição e as atribuições das CIES; os critérios de alocação de recursos financeiros, no qual foi estabelecido o financiamento federal regular e automático para a educação na saúde, por meio do Bloco de Financiamento da Gestão, com repasse fundo a fundo (BRASIL, 2007). Os Colegiados de Gestão Regional, considerando as especificidades locais e a Política de Educação Permanente em Saúde nas três esferas de gestão (federal, estadual e municipal), elaborarão um Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde (PAREPS), coerente com os Planos de Saúde estadual e municipal, da referida região, no que tange à educação na saúde.

O artigo 14 da Lei nº 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde), e da Norma Operacional Básica Recursos Humanos (NOB/RH-SUS), definem que as Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço são instâncias intersetoriais e interinstitucionais permanentes que participam da formulação, condução e desenvolvimento da Política de Educação Permanente em Saúde.

A Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006, define que os Colegiados de Gestão Regional são as instâncias de pactuação permanente e co-gestão solidária e cooperativa, formadas pelos gestores municipais de saúde do conjunto de municípios de uma determinada região de saúde e por representantes do(s) gestor(es) estadual(ais).

Lopes et al. (2007), o Ministério da Saúde, ao criar a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) em 2003, toma para si o compromisso de mudar e ordenar da lógica da formação dos profissionais de saúde. A mudança inclui levar até o serviço e às demais instâncias comprometidas com a saúde, a prática pedagógica a partir do cotidiano do trabalho. O processo de trabalho é revalorizado como centro privilegiado de aprendizagem.

Dessa forma, não se procura transformar todos os problemas em problemas educacionais, mas sim buscar as lacunas de conhecimento e as atitudes que são parte

da estrutura explicativa dos problemas identificados na vida cotidiana dos serviços, assumindo uma atitude pedagógica no desdobramento de suas soluções técnicas.

Para se efetivar a Educação Permanente em Saúde, na perspectiva de provocar mudanças na formação, na atenção, na gestão, e na participação social, será imprescindível modificar as concepções existentes sobre os elementos acima citados, da seguinte forma:

1. Na formação profissional temos que mudar a concepção tradicional (biologicista, mecanicista, tecnicista, centrada no professor e na transmissão) para uma concepção construtivista (interacionista, de problematização das práticas e dos saberes); mudar a concepção lógico-racionalista e concentradora da produção do conhecimento para o incentivo à produção de conhecimento dos serviços e à produção de conhecimento por argumentos de sensibilidade;
2. Para a prática de atenção à saúde será necessário a construção de práticas focadas na integralidade, na humanização e na inclusão da participação dos usuários no planejamento terapêutico;
3. Na área da gestão, configurar a rede de serviços, assegurando a atenção às necessidades de saúde da população e considerar na avaliação a satisfação dos usuários;
4. No que concerne à participação social deve-se fomentar a presença dos movimentos sociais, dar guarida à visão ampliada das lutas por saúde e à construção do atendimento às necessidades sociais por saúde.

A transformação e integração destes quatro elementos permitem dignificar as características locais, valorizar as capacidades instaladas, desenvolver as potencialidades existentes em cada realidade, estabelecer a aprendizagem significativa e a afetiva e criativa capacidade de crítica, bem com produzir sentidos, autoanálise e autogestão (CECCIM, 2005a).

Diante do exposto, o Sistema Único de Saúde apresenta-se como um lugar privilegiado para o ensino e aprendizagem, o lugar de produção da saúde, rico de ação criativa entre os trabalhadores, gestores e usuários. Educar "no" e para "o" trabalho é pressuposto da proposta de Educação Permanente em Saúde (FANCO, 2007).

Paim (2008) refere que as universidades públicas, fundações, institutos de pesquisa e agências de cultura têm experimentado arranjos organizacionais que corroboram com uma nova configuração institucional para o Sistema Único de Saúde, passando a apostar na profissionalização da gestão, em carreiras públicas dignas para os trabalhadores da saúde e em oportunidades pedagógicas que potencializem de maneira concreta a formação e a Educação Permanente em Saúde nos serviços.

1.3. INVESTIGAÇÕES: TESES E DISSERTAÇÕES SOBRE A TEMÁTICA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

Após a implantação da Educação Permanente em Saúde no Brasil, as instituições de ensino (universidades, fundações, escolas de saúde pública, entre outras) veem produzido estudos e pesquisas acerca da citada temática nas categorias de especialização, mestrado e doutorado, como forma de identificar a aplicabilidade da EPS. Sendo assim, relacionamos alguns autores que pesquisaram e estudaram o tema em questão.

Silva (2015/Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – FIOCRUZ - RJ) em sua dissertação sob o título “A Educação Permanente em Saúde como espaço de produção de saberes na Estratégia de Saúde da Família” descreve que a Educação Permanente dos profissionais de saúde constitui um desafio para o Sistema Único de Saúde, pois, para ela, “embora exista uma política que norteia tal proposta, pouco se sabe efetivamente a respeito do seu potencial na produção de saberes no dia a dia destes profissionais” (p.07). A pesquisa teve como objetivo geral “discutir as ideias gerais das Políticas Nacionais de Educação Permanente em Saúde de 2004 e 2009, tendo como eixo norteador à questão da produção de saberes nas práticas dos profissionais” (p.15) e como objetivos específicos: “a) analisar os textos da Política de EPS (2004 e 2009), com destaque para a questão da produção do saber a partir das práticas profissionais em saúde; b) identificar as práticas de EPS nas equipes da Estratégia de Saúde da Família e c) analisar a percepção dos profissionais sobre as práticas de EPS, tendo como questão a relação entre prática profissional e produção de saber” (p. 16).

Ao concluir a pesquisa constatou a presença de duas dinâmicas na busca de conhecimentos dos profissionais pesquisados. “Existem profissionais que necessitam de atividades educativas que promovem a agregação de mais conhecimento

científico, e outros profissionais mais focados na produção de saberes. O primeiro tipo se apresenta mais comum em práticas de qualificação profissional e o segundo como um importante indutor de mudanças de práticas através da discussão coletiva das necessidades de saúde da população” (p. 64).

Em suas considerações finais afirma que “devido à conformação multiprofissional das equipes na ESF, no uso da EPS pode proporcionar uma maior integração dos saberes das mais diversas categorias profissionais e o exercício da transdisciplinaridade das ações. A autoanálise de cada profissional permite entender os dilemas encontrados em sua prática, devendo estes ser a todo o tempo problematizado a fim de alcançarem resultados tais como a melhoria da assistência à saúde e da qualidade do cuidado” (p.65).

Moraes (2012/Universidade de Brasília - UNB), em sua dissertação sob o título “Análise do Processo de Implementação da Política de Educação Permanente em Saúde no Distrito Federal”, aponta que “o problema do desenvolvimento de recursos humanos em saúde esteve presente na pauta de discussão do governo brasileiro em diversos momentos, mas só adquiriu o status de Política Pública em 2004, com a publicação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, constituída para melhorar a formação e desenvolvimento para os trabalhadores da saúde. Refere ainda que a Política de Educação Permanente em Saúde objetiva a transformação das práticas nos serviços de saúde por meio do incentivo a problematização como instrumento para enfrentar os problemas reais diariamente vivenciados pelos profissionais de saúde, fundamentando-se nos pressupostos da aprendizagem significativa, sendo a atualização técnico-científica apenas um dos aspectos desse processo de transformação e não seu foco central” (p.07). Em seu objetivo geral a pesquisa em questão abordou “analisar o processo de implementação da Política de Educação Permanente em Saúde no Distrito Federal” (p. 61).

Como resultado da pesquisa a autora obteve as seguintes informações: “A implementação desta política é de responsabilidade da Coordenação de Desenvolvimento de Pessoas que tem, sob sua subordinação técnica, Núcleos de Educação Permanente em Saúde, responsáveis pela implementação da mesma nos serviços de saúde. Existe um conflito de atribuições entre essa coordenação e a subsecretaria de gestão do trabalho e da educação na saúde, o que acaba interferindo no financiamento das ações e atua como um empecilho para uma implementação efetiva da política. Há uma centralização na construção das propostas de educação

na saúde, na figura do gestor, e pouca participação de outros segmentos, tais como o controle social, as instituições de ensino e os trabalhadores da saúde. No que diz respeito à proposta metodológica das atividades, há ainda uma predominância pela educação continuada, centrada na transmissão de conteúdo. Após a análise das dimensões organizacional e pedagógica do trabalho de educação na saúde, percebe-se que apesar de não estar sendo implementada como preconizam os instrumentos legais, as atividades propostas estão sendo realizadas rotineiramente e de forma tradicional nos serviços de saúde (p.07).

Nas considerações finais do estudo destaca que para a “implementação da Política de Educação Permanente em Saúde, neste Estado, será necessária uma mudança de paradigma, o que requer um longo processo de mudança cultural e social nas relações de trabalho e de vida dos atores envolvidos. Vale ressaltar que, de modo geral, a implementação de uma política pública se dá de forma progressiva, aprendendo com a experiência e fazendo evoluir os problemas encontrados por meio da busca e implementação das soluções” (p. 125).

Costa (2016/Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – FIOCRUZ - RJ) em seu estudo intitulado “Dos Projetos à Política Pública: reconstruindo a história da Educação Permanente em Saúde”, a autora procurou “recuperar os principais elementos constitutivos da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde implantada no Sistema de Saúde brasileiro em 2003, buscando identificar pontos de interseção e identidade na trajetória de projetos e políticas relacionadas à formação dos trabalhadores do setor” (p. 06). Tendo como objetivo geral “examinar os processos educativos incorporados pela Política Nacional de Educação Permanente em vigor no Sistema Único de Saúde, identificando elementos de interseção com projetos estratégicos de formação de nível médio que se desenvolveram nas décadas anteriores” (p. 20). Destaca que: “a proposta de educação permanente para o SUS se propõe a promover a democratização institucional, o desenvolvimento da capacidade de aprendizagem e das capacidades docentes, o enfrentamento criativo das situações de saúde, o desenvolvimento do trabalho em equipes matriciais, a melhoria permanente da qualidade do cuidado e a constituição de práticas tecnológicas éticas e humanísticas” (p. 92). Os resultados encontrados nesta pesquisa demonstram que “a substituição da cultura de treinamentos emergenciais por uma cultura de formação permanente, com afirmação do trabalho como eixo estruturante das ações educativas, a descentralização do ensino e a utilização de pedagogias problematizadoras se

afirmam como princípios transformadores e são incorporados pela Política Nacional de Educação Permanente em Saúde” (p. 06).

Silva (2016/Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS), em sua tese intitulada “Educação Permanente em Saúde: o Estado entre a Política e as Práticas”, evidencia a existência de um descompasso entre as concepções de saúde descritas nos documentos oficiais e a encontrada na realidade (p. 08). A pesquisadora traz como objetivo geral do estudo: “conhecer, descrever, interpretar, explicar e compreender as contradições que se manifestam nas relações entre a política nacional de educação permanente em saúde, a realidade dos trabalhadores e suas implicações nas práticas nos serviços de saúde e objetivos específicos: a) conhecer o sentido de educação permanente para trabalhadores da saúde no Rio Grande do Sul; b) analisar as práxis dos trabalhadores na implementação da educação permanente em saúde no Rio Grande do Sul” (p. 28).

Neste trabalho a autora desenvolveu a seguinte tese: “a Educação Permanente em Saúde traz em si uma possibilidade de transformação das práticas e do processo de trabalho nos serviços de saúde, todavia a contradição capital-trabalho abre espaço para a separação entre o econômico, o político e o jurídico, em que o Estado se desresponsabiliza sem prover as condições necessárias para que os trabalhadores possam transformar suas práticas e realizá-las de forma a responder às necessidades de saúde da população” (p. 29).

Como resultado destacou: “os trabalhadores de saúde, no Rio Grande do Sul, não vivenciam a educação permanente como possibilidade de transformação de suas práticas, alguns sequer sabem do que se trata, consideram que a educação permanente e a PNEPS têm o sentido de mais uma política, política mascarada, uma determinação a ser cumprida, precarizando o trabalho. A EPS está posta como impossibilidade para a transformação das práticas, como processo não se esgota em si mesmo e nem cumpre com o anunciado pelo Estado” (p. 213).

Lemos (2018/Universidade Federal de São Carlos - UFSCAR), em sua dissertação intitulada “Usos e potencialidades das metodologias ativas em Educação Permanente e Saúde: estudo de caso”, com objetivo de “investigar o uso e potencialidades das Metodologias Ativas em Educação Permanente em Saúde na Atenção Primária à Saúde” (p. 14). Identificando a metodologia ativa a partir de Sobral (2012, p. 209) como “uma concepção educativa que estimula processos de ensino-

aprendizagem crítico-reflexivos, no qual o educando participa e se compromete com seu aprendizado.

O método propõe a elaboração de situações de ensino que promovam uma aproximação crítica do aluno com a realidade; a reflexão sobre problemas que geram curiosidade e desafio; a disponibilização de recursos para pesquisar problemas e soluções; a identificação e organização das soluções hipotéticas mais adequadas à situação e a aplicação dessas soluções” (p. 25). Teve como resultado “a observação de que há evolução no processo de implantação das práticas de Educação Permanente em Saúde, muito embora, grande parte dos secretários de saúde apenas tenham trocado o nome das práticas e mantido as ações de Educação Continuada. Este trabalho apresenta resultados que podem ajudar a alterar as práticas de EPS através do uso de Metodologias Ativas, auxiliando a fortalecer os ambientes de trabalho e garantir os direitos dos usuários do SUS” (p. 07).

Silva (2005/Universidade Federal de São Paulo - UFSP) cujo tema de dissertação “Educação Continuada/Educação Permanente em Enfermagem: uma proposta metodológica” a tese trata de um Estudo de Caso, utilizando-se das abordagens qualitativa e quantitativa, com o objetivo geral de “analisar o Programa de Educação Continuada do Hospital do Servidor Público Estadual – Francisco Morato de Oliveira (HSPE)”, em São Paulo, tendo em vista levantar subsídios para o seu aprimoramento em uma perspectiva interdisciplinar. E como objetivos específicos: “a) analisar a estrutura do Programa de Educação Continuada do HSPE e seus fundamentos teóricos; b) identificar o perfil dos enfermeiros que trabalham no HSPE, considerando sua formação profissional, seu tempo de formado, experiências profissionais, especializações; c) identificar a importância atribuída pelos enfermeiros ao Programa de Educação Continuada e d) apreender a percepção dos enfermeiros sobre o desenvolvimento e repercussões do Programa e sobre o trabalho multiprofissional e o interdisciplinar” (p. 07). Para este autor “as práticas usuais de Educação Continuada objetivam mudanças pontuais nos modelos hegemônicos de formação e atenção à saúde. Na grande maioria se constituem em cursos clássicos de atualização profissional, desenvolvidos a partir de uma lógica vertical e programática (ênfase em temas), que reproduzem a abordagem disciplinar ou das especialidades (conteúdos fragmentados), baseados principalmente na atualização técnico-científica” (p. 21).

Traz a Educação Permanente em Saúde como “importante ferramenta para a investigação e (auto) análise do trabalho que propõe que os processos educativos

sejam estruturados a partir da problematização dos processos de trabalho e que tenham como objetivo a transformação das práticas profissionais e da organização do trabalho, ou seja, que partam da reflexão sobre o que está acontecendo no trabalho e sobre o que precisa ser transformado” (p.23).

“É a partir da problematização do processo e do trabalho em cada unidade (setor/serviço) de saúde, que são identificadas as necessidades de capacitação, garantindo a aplicabilidade e a relevância dos conteúdos e tecnologias” (p. 24).

Conclui que para se fazer da educação dos profissionais de enfermagem um processo permanente, deve-se considerar o trabalho diário como eixo do processo educativo, fonte de conhecimento e objeto de transformação, que privilegia a participação coletiva e interdisciplinar.

Alcântara (2015/Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS) em seu estudo intitulado “Um olhar da Educação Permanente no relatório do estágio de citopatologia em Pernambuco” refere que a Educação Permanente em Saúde “é percebida como sendo o ensino-aprendizagem que se baseiam na produção de conhecimentos que respondem a questionamentos que pertencem ao universo de experiências e vivências”. Este estudo objetivou analisar os relatos vivenciados pelos alunos segundo a perspectiva da Educação Permanente em Saúde. Este pretendeu refletir a importância do estágio para o profissional de citopatologia a fim de provocar mudanças nas práticas laborais tendo o olhar da Educação Permanente e o ensino-serviço como princípio norteador.

Aponta a reflexão sobre o processo de ensino-serviço ser fortalecido quando o trabalho faz sentido e é nisso que a EPS aposta, que as práticas ganhem vida dentro da realidade vivenciada, tornando o ensino problematizador e de aprendizagem significativa” (p. 05). Para Ceccim e Feuerwerker (2004), a EPS também pode ser refletida no processo de estágio pela visão de incorporar-se ao cotidiano do trabalho em si, com garantia de ser uma boa estratégia que traz melhorias e ainda realizar a busca da qualidade dos serviços aproveitando os ruídos do cotidiano, tendo em vista o processo de reorganização dos processos de trabalho que outros profissionais, como estagiários, podem contribuir no ambiente laboral.

Castro (2014/Universidade Federal do Espírito Santo – UFES) em sua dissertação “Concepções de Educação Permanente em Saúde difundida por Gestores” salienta que com a publicação da Portaria nº 198/2004 - GM/MS, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde foi “instituída e reconhecida como uma

estratégia do SUS para a formação, desenvolvimento e reorganização das práticas e dos serviços, passando a ser compreendida como ações educativas embasadas na problematização do processo de trabalho em saúde, com o intuito de transformar as práticas profissionais e a própria organização do trabalho nas instituições de saúde” (p. 08). E tem como premissa que as ideias e pensamentos dos gestores influenciam no modo como essa estratégia é organizada e implementada, pois são muitas as contradições encontradas entre as concepções, as ações propostas pela PNEPS e as ações praticadas pelos atores envolvidos.

Nesta perspectiva a pesquisa tem como objetivo analisar as concepções de Educação Permanente em Saúde difundidas por gestores da secretaria de saúde do município de Baixo Guandu/ES. Como resultado “constatou-se que os gestores apresentam diferentes interpretações e baixa apropriação do conceito de EPS, não conseguindo estabelecê-lo de acordo com o preconizado pela política; que as ações promovidas são frágeis e apresentam-se pautadas em modelos hegemônicos de educação; e que as principais dificuldades para a implementação da estratégia relacionam-se à falta de recursos financeiros, de apoio e interesse político, alta rotatividade profissional e ausência de um órgão específico para a condução locorregional da política” (p. 08).

Capra (2011/Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS) em sua tese de doutorado intitulada “A Educação Permanente em Saúde como dispositivo de gestão setorial e de produção de trabalho vivo em saúde”, focaliza a Educação Permanente em Saúde num contexto de gestão pública, tomando a educação como estratégia estruturante da ação política de construir coletivos organizados em cotidianos de trabalho vivo em saúde. Traz duas questões que nortearam o estudo, a saber: “a Educação Permanente em Saúde, em seu engendramento de formas culturais e existenciais que desestabilizem vigências; e a Gestão Pública, como dispositivo de gestão do trabalho para ativar micropolíticas e fluxos de desejo no campo da saúde” (p.07).

Os estudos evidenciaram que: “não é na ausência de gestão que o trabalho se faz; não é a gestão que controla o cotidiano ou a singularidade de cada encontro trabalhador-usuário; à gestão que almeje instituir novas práticas no setor da saúde cabe disputar novas lógicas e estratégias tecnoassistenciais, garantindo recursos para efetivá-las, mas, antes de tudo, apostando em processos em ato -micropolítica do trabalho” (p. 07). A autora afirma que: “as mudanças não dependem somente da

vontade e de iniciativas do gestor-governo; dependem, também, da qualidade da formação profissional, dos modelos de gestão e de atenção em saúde, da participação social, do protagonismo e da implicação de todos, educadores, gestores, profissionais de saúde e usuários” (p. 212).

Segundo a autora, “somente novos fluxos, circulações, movimentos e alianças em rede (ator-rede) poderão fazer revigorar o trabalho em saúde e produzir saberes plurais para lidar com as inseguranças, as incertezas e os riscos próprios dos processos que envolvem a produção do cuidado em saúde. Serão as redes abertas e sempre dispostas a expandir-se em todos os lados e direções, amparadas na ligação entre educação, trabalho, gestão política em saúde e sociedade, que poderão estabelecer nós, conexões, agenciamentos, pontos de convergência e bifurcações capazes de ampliar as possibilidades das respostas em saúde” (p. 212-213).

Conclui a tese com a seguinte afirmação: “se é para a gestão do trabalho que formamos/educamos, conhecer esse lugar, do ponto de vista de quem nele transita, os desafios, os entraves, as resistências, as criações possíveis, parece aportar outro sentido à formação e ao trabalho das diferentes categorias profissionais do setor da saúde. Mais do que isso, ajuda a disparar convocações ao encontro da educação e do trabalho, que ainda se mantêm em polos dissociados e distantes” (p. 223).

Murback (2008/Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP) em sua dissertação “Educação Continuada em Saúde Coletiva: Desafios e Possibilidades” aborda a temática cujo objetivo geral é de “analisar como se configuram as atividades de Educação Continuada dos enfermeiros na área de saúde coletiva de um município mineiro” (p.10). Os resultados encontrados junto aos sujeitos pesquisados “evidenciam a falta de uma política mais sistematizada de Educação Continuada na área da saúde abrangendo: previsão, captação e distribuição de recursos financeiros, incentivo à formação continuada dos trabalhadores da saúde, participação dos trabalhadores de todos os setores, áreas que demandam aquisição de novos conhecimentos e demandas dos trabalhadores. As falas dos sujeitos (gestores) indicam que existe um movimento voltado para questões da humanização e a melhoria da qualidade do atendimento em saúde, o que pode contribuir para a transformação da realidade” (p. 10). Ressalta o entendimento que “a Educação Continuada representaria o fio condutor na busca pela consolidação da estratégia Saúde da Família com vertente para a Atenção Básica. Uma Educação Continuada centrada na prática profissional, envolvida com a aprendizagem contínua dos

profissionais, a construção do conhecimento, partindo da realidade dos sujeitos inseridos dentro de um contexto e a interação entre os sujeitos, possibilitando reflexão e criticidade. É de fundamental importância dispor de uma perspectiva pedagógica que busque essa interação, reflexão, busca para solução de problemas, diálogo, como a pedagogia da problematização. Há que se rever a concepção de Educação Continuada vigente nos atuais programas constando de cursos pontuais e processos verticalizados de ensino” (p. 85-86).

Nascimento (2013/Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – FIOCRUZ - RJ) em sua pesquisa intitulada “Práticas de educação permanente implementadas nos serviços de saúde no Brasil a luz dos preceitos político e conceitual de Educação Permanente em Saúde” apresenta como grande eixo temático à Educação Permanente, aqui tratada a partir de relatos de experiência acerca das práticas de educação permanente implementadas nos serviços de saúde no Brasil, após a instituição da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) a partir de 2004. Teve como objetivo geral “analisar as práticas de educação permanente identificadas em relatos de experiência, implementadas nos serviços de saúde no Brasil após a instituição da PNEPS a partir de 2004, considerando seus aspectos políticos e conceituais e objetivos específicos: a) identificar as práticas de educação permanente implementadas nos serviços de saúde no Brasil após a instituição da PNEPS e b) analisar as práticas de educação permanente implementadas nos serviços de saúde considerando o aspecto político e conceitual de EPS” (p.12).

Como resultado o estudo “evidencia a capacidade pedagógica da EPS, no que tange a descentralização e disseminação do processo de formação dos trabalhadores da saúde, de modo a estimular a criação de espaços de discussão e aprendizado em prol da construção do conhecimento de forma coletiva. Aponta a necessidade de articulação entre os profissionais de saúde, a gestão, as instituições de ensino e os usuários de modo a possibilitar a integralidade das ações e a intersetorialidade, visto a superar a fragmentação do processo de trabalho. Refere que é preciso uma maior discussão quanto às questões políticas e conceituais da EPS junto aos profissionais, pois muitas práticas instituídas como EPS, na verdade expressavam-se sob o aspecto de educação continuada.

Foram poucos os relatos de experiência que de fato representavam práticas de EPS implementadas nos serviços de saúde, assim, como, a articulação entre as duas

estratégias de formação e transformação das práticas de trabalho, o que dificulta o reconhecimento dessas práticas, assim como a sua aplicação no processo de trabalho, visto a promover as mudanças esperadas nas práticas de saúde. Aponta ainda a necessidade de superar a formação profissional orientada pelo modelo biomédico, que se traduz na fragmentação do processo de trabalho; a construção de práticas que considerem o contexto em que se dá a organização do trabalho; a criação de espaços de discussão de modo a propiciar o enfrentamento dos problemas; necessidade de apoio da gestão com o intuito de institucionalizar a EPS; e a elaboração de planejamento quanto ao desenvolvimento das práticas de EPS que também propicie o reconhecimento dessas práticas (p. 55-56).

1.4. PROBLEMA DE PESQUISA

A Organização Pan-Americana de Saúde - OPAS (1993), refere que os programas direcionados aos profissionais da saúde devem:

- buscar o intercâmbio entre a prática técnica e a prática social;
- ser um processo que trabalha a prática/experiência e a teoria, buscando a sua reinterpretação, considerando que teoria e prática são inseparáveis;
- buscar o desenvolvimento integrado das diversas áreas do conhecimento e da equipe de trabalho como um todo.

Historicamente a formação dos profissionais, de forma geral e em especial os da saúde, apresenta características biologicista, mecanicista, tecnicista, centrada no professor e na transmissão de conteúdos baseada na concepção de educação continuada, cujas características:

Destinam-se a públicos uniprofissionais; inserem-se de forma autônoma no processo de trabalho; possuem enfoque em temas de especialidades; objetivam a atualização técnico-científica; são esporádicos; utilizam-se de pedagogias de transmissão de conhecimentos (geralmente através de aulas, conferências, palestras; que ocorrem em locais diferentes dos ambientes de trabalho); apresentam como resultado a apropriação passiva do saber científico e o aperfeiçoamento das práticas individuais (BRASIL, 2004b).

Apresenta também uma concepção lógico-racionalista, elitista e concentradora da produção de conhecimento. O processo de aprendizagem é dividido em tarefas

isoladas e específicas que, na prática, são técnicas e procedimentos repetitivos a fim de adquirir destreza e manejo (LOPES, 2006).

Nesse sentido, o processo de ensino-aprendizagem tem muitas vezes se traduzido em pura reprodução de conhecimento por parte do professor, ao passo que ao aluno cabe a repetição e memorização, em uma atitude passiva, tornando-se um mero expectador sem a consciência crítica necessária. Para que se chegue à consciência crítica é necessário gerar curiosidade criativa que leva à indagação um sujeito insatisfeito e ativo, que reconhece a realidade como mutável (FREIRE, 1996).

Feuerwerker (2002) e Feuerwerker, Llanos e Almeida (1999), a formação dos profissionais de saúde tem permanecido alheia à organização da gestão setorial e ao debate crítico sobre os sistemas de estruturação do cuidado, mostrando-se absolutamente impermeável ao controle social sobre o setor, fundante do modelo oficial de saúde brasileiro. As instituições formadoras têm perpetuado modelos essencialmente conservadores, centrados em aparelhos e sistemas orgânicos e tecnologias altamente especializadas, dependentes de procedimentos e equipamentos de apoio diagnóstico e terapêutico (FEUERWERKER, 2002; FEUERWERKER, LLANOS E ALMEIDA, 1999).

Na visão de Monteiro, Chilida e Bargas (2004), as atividades educativas, nos serviços de saúde em geral, caracterizam-se:

Pela fragilidade de inserção institucional e modismos pedagógicos, dependentes de dirigentes e normas institucionais muitas vezes acríticas. Para reverter essa situação, é necessário chegar à essência da questão, abstraindo a realidade e compreendendo os fenômenos na sua realidade concreta, estabelecendo correlações entre o processo produtivo e o educativo (MONTEIRO, CHILIDA e BARGAS, 2004, p.4).

Ribeiro e Motta (1996) fazem crítica à Educação Continuada considerando que nos cursos vinculados a esses programas:

Os profissionais são elevados ao paraíso do “como deveria ser”, tradução da verdade do conhecimento científico acumulado e atualizado, aplicável numa espécie de representação universal e única, de pacientes e serviços. Quando retornam aos serviços, entretanto, se veem confrontados em suas realidades cotidianas com a impossibilidade da aplicação do conhecimento adquirido (RIBEIRO, MOTTA, 1996, p.4).

Haddad (1994), considerada mais pertinente nos processos de formação orgânicos à reorganização dos serviços, e que permitam a reflexão sobre o cotidiano das práticas de saúde, buscando a incorporação da ideia de Educação Permanente, cujas características:

Destinam-se a públicos multiprofissionais; inserem-se de forma institucionalizada no processo de trabalho; possuem enfoque nos problemas de saúde; objetivam a transformação das práticas técnicas e sociais; são contínuos; utilizam-se de pedagogias centradas na resolução de problemas (geralmente através da supervisão dialogada, oficinas de trabalho); efetuadas nos mesmos ambientes de trabalho; apresentam como resultado a mudança institucional, a apropriação ativa do saber científico e o fortalecimento das ações em equipe (BRASIL, 2004b).

Motta et al (1996) enfatizam que os avanços alcançados na gestão do sistema de saúde no Brasil tornaram necessária a revisão dos processos formativos em saúde, de forma que se orientassem pelos princípios e pelas diretrizes do SUS. Dessa forma, os autores criticam processos orientados apenas pela atualização técnico-científica, já que isolada ela não se mostra suficiente para alcançar essa dimensão de transformação imposta. “Ao retornarem para o trabalho veem-se confrontados em suas realidades diárias com a dificuldade da aplicação do aprendizado adquirido” (RIBEIRO & MOTTA, 1996).

Ceccim (2005a) descreve vários problemas na área de saúde, tais como: baixa disponibilidade de profissionais, predomínio da formação hospitalar biologicista e tecnicista, crescente especialização demandando altos custos e sofisticação de tecnologias, carência de profissionais em regiões menos desenvolvidas – a maioria deles se concentra nos grandes centros urbanos – e velocidade de renovação de conhecimentos e saberes tecnológicos. Para o autor tais obstáculos demandam iniciativas ambiciosas de transformação do processo de formação de trabalhadores. Ainda na visão deste autor, a fragmentação do setor da saúde gerando especialistas com uma noção de concentração de saberes impostos aos profissionais, serviços e sociedade, acaba por expropriar os demais saberes, anulando as realidades locais.

O sistema tradicional de ensino não prepara o profissional para problematizar e interrogar a realidade nos aspectos constitutivos, atribuindo-lhe um papel ancorado apenas na dimensão técnica, em detrimento da capacitação ético-política (CIAMPONE, 2000, p.364).

Problematizar é colocar questões, tornar a reflexão uma prática (levantar questões, interrogações, desafios, exploração de campos) como dispositivo de mutação singular, refletida ou voluntária (CECCIM, 2004, p.175).

Para Gasparin (2002) valer-se da problematização não é tarefa fácil e sim um grande desafio para os educadores, no sentido em que fundamenta o processo de trabalho docente-discente, representando um elemento-chave na transição entre a prática e a teoria. Assim, a problematização “é a criação de uma necessidade para que o educando, através de sua ação, busque o conhecimento” (GASPARIN, 2002, p.35).

Observa-se que para responder as demandas sociais da população no que se refere à saúde, existe a necessidade de mudança na educação destes profissionais, frente à inadequação do aparelho formador. Suscita a necessidade de sair do modelo de transmissão do conhecimento, onde o profissional é um mero receptor do conhecimento, aquele que nada sabe, nada critica e nada reflete, como se esta fosse capaz de formar (novas) pessoas, para um modelo de educação libertadora em que o conhecimento seja desenvolvido a partir de experiências significativas dos profissionais, buscando a relação dialógico-dialética entre educador e educando. Desta forma, Paulo Freire (1987) descreve:

Nesse sentido, a educação libertadora, ou problematizadora, já não pode ser o ato de depositar, ou de narrar, ou de transferir, ou de transmitir “conhecimentos” e valores aos educandos, meros pacientes à maneira da educação “bancária”, mas um ato cognescente. O antagonismo entre as duas concepções, uma, a “bancária”, que serve à dominação; outra, a problematizadora, que serve à libertação, toma corpo exatamente aí. Enquanto a primeira, necessariamente, mantém a contradição educador-educando, a segunda realiza a superação (FREIRE, 1987: 68).

Ceccim (2005), na perspectiva da EPS, em relação à formação dos profissionais de saúde, refere que a necessidade de mudar a lógica das instituições de ensino e para o incentivo à produção de conhecimento nos serviços. Sua superação se faz necessária porque as práticas tradicionais não dão conta de responder os desafios atuais, considerando a pouca abertura para o diálogo, para a escuta, para a integralidade e para a construção coletiva. (MENDONÇA e NUNES, 2011).

Observa-se que as instituições de ensino têm sido estimuladas a transformarem-se na direção de um ensino que, dentre outros atributos, valorize a

equidade e a qualidade da assistência e a eficiência e relevância do trabalho em saúde.

1.5. PERGUNTAS DA INVESTIGAÇÃO

A Constituição Federal de 1988, em seu art. 200, inciso III, declara que o SUS deve ordenar a formação de recursos humanos na área da Saúde.

A União, os Estados e o Distrito Federal são orientados a manterem escolas de governo para a formação e o aperfeiçoamento dos servidores, constituindo-se a participação nos cursos um dos requisitos para a promoção na carreira.

A Educação Permanente em Saúde preconiza a inter-relação entre trabalho e formação, a aprendizagem no trabalho e para o trabalho, o trabalho em equipe como locus de aprendizado contextualizado e significativo. As questões a seguir nortearam a pesquisa ora apresentada.

PERGUNTA NORTEADORA

A Educação Permanente em Saúde tem como pressupostos a problematização e aprendizagem significativa, na perspectiva de possibilitar a transformação das práticas profissionais. Ao dialogar sobre a problematização da realidade do trabalho, a EPS é considerada uma importante ferramenta para a gestão de coletivos e apresenta-se com um conceito e um faser que se diferencia dos processos de educação continuada, onde pode ser possível a promoção de espaço de autocrítica tanto individual dos profissionais de saúde, como coletiva promovendo a democratização do saber nas organizações. (VASCONCELOS et. al., 2009). A EPS refere ainda que a formação e o desenvolvimento dos profissionais de saúde devem ser feitos de modo descentralizado, ascendente e transdisciplinar. Nesta perspectiva a pergunta norteadora é:

Os saberes trabalhados nas formações executadas pela Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco, estão consoantes com os pressupostos da Educação Permanente em Saúde?

PERGUNTAS ESPECÍFICAS

- Como ocorre a identificação da necessidade de aprendizagem por parte dos trabalhadores da Rede de Saúde?
- Como ocorrem a organização curricular e o planejamento das atividades dos cursos?
- Quais aspectos metodológicos são utilizados nas formações da Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco?
- De que forma os pressupostos da Educação Permanente em Saúde são desenvolvidos nas formações?
- Os conhecimentos produzidos e sistematizados nas formações são estimulados nos espaços e práticas de trabalho dos alunos?
- Que percepção os participantes da pesquisa têm em relação aos desafios, os limites, e as possibilidades da Educação Permanente em Saúde?

1.6. OBJETIVOS

1.6.1. OBJETIVO GERAL

Analisar os saberes trabalhados nas formações executadas pela Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco, com os pressupostos da Educação Permanente em Saúde.

1.6.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar o processo de planejamento das formações executadas pela Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco;
- Descrever os aspectos metodológicos utilizados nas formações da Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco;
- Verificar no desenvolvimento das formações os pressupostos da educação permanente em saúde;
- Descrever como os conhecimentos produzidos e sistematizados nas formações são estimulados nos espaços e práticas de trabalho dos alunos;
- Identificar as percepções dos participantes da pesquisa em relação aos desafios, os limites, e as possibilidades da educação permanente em saúde.

2. JUSTIFICATIVA

Na concepção da educação permanente em saúde, a formação profissional não pode tomar como referência apenas a busca eficiente de evidências ao diagnóstico, cuidado, tratamento, prognóstico, etiologia e profilaxia das doenças e agravos. A atualização técnico-científica é apenas um dos aspectos da qualificação das práticas e não seu foco central. A formação engloba aspectos de produção de subjetividade, produção de habilidades técnicas e de pensamento e o adequado conhecimento do SUS. Deve ter como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, e estruturar-se a partir da problematização do processo de trabalho e sua capacidade de dar acolhimento e cuidado às várias dimensões e necessidades de saúde das pessoas, dos coletivos e das populações, bem como da gestão setorial e do controle social em saúde (CECCIM, 2004).

A educação permanente em saúde tem como pressupostos a problematização e aprendizagem significativa, na perspectiva de possibilitar a transformação das práticas profissionais. A educação permanente em saúde ao dialogar sobre a problematização da realidade do trabalho é considerada uma importante ferramenta para a gestão de coletivos e apresenta-se com um conceito e um faser que se diferencie dos processos de educação continuada, onde pode ser possível a promoção de espaço de autocrítica tanto individual dos profissionais de saúde, como coletiva promovendo a democratização do saber nas organizações. (VASCONCELOS et. al., 2009).

Comungando do conceito de problematização Ceccim (2005) propõe que:

Para produzir mudanças de práticas de gestão e de atenção, é fundamental que sejamos capazes de dialogar com as práticas e concepções vigentes, que sejamos capazes de problematizá-las [...] e de construir novos pactos de convivência e práticas, que aproximem os serviços de saúde dos conceitos de atenção integral, humanizada e de qualidade, da equidade e dos demais marcos dos processos de reforma do sistema brasileiro de saúde (CECCIM, 2005 a, p.165).

Cyrino e Toralles-Pereira (2004) o processo de problematização tem como eixo básico e orientador a relação ação-reflexão-ação transformadora, cujo objetivo é despertar uma consciência crítica no sujeito, a fim de que o mesmo reconheça sua

interação com o processo de conhecer e tenha a capacidade de interpretar e questionar a realidade.

No que se refere à aprendizagem significativa, Rogers (2001) define:

É aquela que provoca uma modificação, quer seja no comportamento do indivíduo, na orientação da ação futura que escolhe ou nas suas atitudes e na sua personalidade. Percebe-se que essa aprendizagem é penetrante, e não se limita a um aumento de conhecimento, mas penetra profundamente todas as parcelas da sua existência (ROGERS, 2001).

A lógica ou marco conceitual da Educação Permanente em Saúde está em aceitar que a formação e o desenvolvimento devem ser feitos de modo descentralizado, ascendente e transdisciplinar, para que propiciem: a democratização institucional; o desenvolvimento da capacidade de aprendizagem; o desenvolvimento de capacidades docentes e de enfrentamento criativo das situações de saúde; o trabalho em equipes matriciais; a melhoria permanente da qualidade do cuidado à saúde; a constituição de práticas tecnológicas, éticas e humanísticas. (BRASIL, 2004).

Em fevereiro de 2004 o Ministério da Saúde publicou a Portaria GM/MS Nº 198/2004, a qual instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), como estratégia do Sistema Único de Saúde - SUS para organizar a formação e o desenvolvimento profissional dos seus trabalhadores. Consolidada mediante Colegiado de Gestão configurado como Pólos de Educação Permanente em Saúde, a partir da organização de instâncias locais e interinstitucionais de gestão da Educação Permanente em Saúde, composta por gestores estaduais e municipais de saúde, instituições com cursos da área da saúde, trabalhadores da área e controle social (BRASIL, 2004).

A criação destes polos visava à participação direta do Sistema Único de Saúde na reorganização da formação e qualificação em saúde, através da articulação dos mais diversos atores das ações e serviços e das instituições formadoras. Os Polos de Educação Permanente em Saúde eram um local para a identificação de necessidades e para a construção de estratégias e de políticas no campo da formação e desenvolvimento, na perspectiva de ampliação da qualidade da gestão, da qualidade e do aperfeiçoamento da atenção integral à saúde, do domínio popularizado do conceito ampliado de saúde e do fortalecimento do controle social no SUS. (BRASIL, 2004).

Em 2007, o Ministério da Saúde reformula a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, através da Portaria GM/MS nº 1.996/2007 definindo, em seu Artigo 2º, que a condução regional desta Política ocorreria por meio de Colegiados de Gestão Regional – CGR. Os quais foram denominados como instâncias de pactuação permanente e cogestão solidária e cooperativa, formados pelos gestores municipais de saúde de uma determinada região e por representantes do gestor estadual (BRASIL, 2007).

Com a implantação da nova portaria, a direção da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde indicou como estratégia a criação de Comissões de Integração Ensino-Serviço (CIES), definidas como instâncias intersetoriais e interinstitucionais permanentes, de composição plural, que participam da formulação, condução e desenvolvimento da PNEPS (VIANA, 2007).

As alterações introduzidas pela Portaria nº 1996/2007, no nível estadual consolidou o papel de protagonista para Secretarias de Estado da Saúde na condução da Política de Educação Permanente em Saúde (PEPS), responsabilizando-os pelo planejamento da formação dos trabalhadores do SUS em seu âmbito de gestão por meio das Comissões Intergestores Regionais - CIRs (SANDRI ET AL., 2016).

A estruturação da Política de Educação Permanente no Estado de Pernambuco iniciou, a partir dos recursos repassados da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde - PNEPS (Portaria GM/MS 1996/2007), com a constituição das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES) nas 12 Regionais de Saúde e da CIES Estadual, elaboração dos Planos de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde (PAREPS), com assessoramento e suporte técnico da Diretoria Geral de Educação em Saúde e da Escola de Governo em Saúde Pública (PERNAMBUCO, 2018).

O Estado de Pernambuco, na perspectiva de implantar a Política de Educação Permanente em Saúde, elencou diretrizes para seu fortalecimento, tais como: compromisso com o SUS; descentralização; regionalização e interiorização do ensino; implementação das Redes de Atenção à Saúde – RAS; gestão colegiada e participativa (CIES Regionais, Colegiados de Integração Ensino Serviço, Fóruns, etc.); cooperação interinstitucional; interprofissionalidade e controle social (PERNAMBUCO, 2018).

E para a realização deste desafio deflagrou junto à Secretária Estadual de Saúde um processo de reestruturação e reorganização de suas ações, no que se refere à

consolidação da formação do seu quadro funcional, dentro da perspectiva da EPS, a saber:

Em novembro de 2007, o Estado de Pernambuco elaborou o Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde (PEEPS), aprovado conforme resolução CIB-PE Nº 1.174 de 12 de novembro de 2007, a qual ratifica a esfera estadual, como responsável pela gestão das ações de Educação Permanente em Saúde para todos os municípios de seu território. Além da gestão dos recursos relativos à Educação Profissional de Nível Técnico, e destinados à Educação Permanente em Saúde, repassados ao Fundo Estadual de Saúde, conforme Portaria Nº 43, de 04 de dezembro de 2007 (PERNAMBUCO, 2008).

Em novembro de 2008, Pernambuco assume o Termo de Compromisso de Gestão (TCG), aderindo ao Pacto pela Saúde, o qual apresenta um conjunto de reformas institucionais do Sistema Único de Saúde, que tem por objetivo promover melhorias na qualidade do sistema e a divisão de responsabilidade entre Federação, Estados e Municípios para a redução de índices negativos de mortalidade e prevalência de doenças (PERNAMBUCO, 2009).

Ainda em 2008, o Estado aprova na Comissão Intergestora Bipartite (CIB) o Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde /2009, conforme resolução CIB-PE nº 1.310 de 01 de dezembro de 2008. Nele, os recursos definidos pela Portaria GM/MS Nº. 2.813, de 20 de novembro de 2008, que define recursos financeiros do Ministério da Saúde para a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde ficariam sob gestão estadual (PERNAMBUCO, 2009).

Para a implantação da Política de Educação Permanente em Saúde, o referido Estado realizou oficinas com a participação de diversos atores dos segmentos ligados à saúde, áreas da formação, gestão, atenção à saúde, controle social, movimentos populares, conselhos de saúde, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS/PE), entre outros. Alicerçadas nas diretrizes de regionalização e descentralização, proporcionando uma discussão ampla e regionalizada sobre as ações de educação em saúde (SANTANA, et al. 2016; PERNAMBUCO, 2019).

Nesta época, o Estado contava com 11 Gerências Regionais de Saúde (GERES), atualmente o Estado apresenta-se com 12 Gerências Regionais de Saúde em seu território. As estratégias utilizadas para a implantação da Educação Permanente em Saúde foram: apresentação da Educação Permanente em Saúde em todos os Colegiados de Gestão das Regionais e realização de seminários regionais

envolvendo os secretários municipais de saúde, técnicos e gestores da atenção primária, vigilância em saúde, recursos humanos/administrativo, representantes das secretarias municipais de educação e instituições de ensino com cursos na área de saúde com sede nas Regionais. Nos seminários foram discutidos os papéis dos CGR's e das CIES, e recomendado um levantamento de necessidades de Educação Permanente com vistas à construção do Plano de Ação Regional para Educação Permanente em Saúde (PAREPES).

As ações realizadas foram de caráter estruturante e descentralizada para as 12 Regionais de Saúde do Estado. Destacamos abaixo, as principais ações:

1. Descentralização dos recursos financeiros e autonomia para as CIES Regionais no planejamento e execução das ações, por meio dos Planos de Ação Regionais (PAREPS), alinhados ao contexto local e pactuados nas Comissões Intergestoras Regionais (CIR).

2. Ações de fortalecimento da Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco.

3. Contratação de apoiadores institucionais descentralizados nas áreas de saúde coletiva, organizacional e hospitalar com o objetivo de fortalecer a implementação e o acompanhamento da Política de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde no Estado de Pernambuco.

4. Ações de formação e estruturação da Política Estadual de Residências em Saúde.

5. Ações de formação para atender demandas em áreas estratégicas do SUS PE, a partir das necessidades de saúde da população.

6. Parcerias interinstitucionais para o desenvolvimento de gestores e profissionais da Rede Estadual de Saúde.

7. Desenvolvimento do Programa de Pesquisa para o SUS – PPSUS/PE em parceria com a Fundação de Amparo à Secretaria Ciência e Tecnologia de Pernambuco (FACEPE) e Departamento de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde (Decit/SCTIE/MS). (PERNAMBUCO, 2018, p. 12).

A Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco tem se destacado na execução da Política Estadual de Educação Permanente em Saúde, atuando na formação e qualificação dos diversos profissionais vinculados às secretarias municipais de saúde dos 185 municípios do Estado de Pernambuco, distribuídos nas 12 Gerências Regionais de Saúde.

Outro aspecto relevante é a integração da ESPPE em duas Redes potentes de diálogo, articulação, construção e troca de experiências para fortalecer a política de formação dos trabalhadores do SUS: a Rede de Escolas Técnicas e Centros Formadores vinculados às instâncias gestoras do SUS - RETSUS e a Rede Brasileira de Escolas de Saúde Pública - REDESCOLA (SES 2019).

Com a publicação da Lei nº 15.066, em 2013, a ESPPE amplia sua capacidade técnica para atender as necessidades de qualificação e formação dos servidores que atuam no SUS-PE (PERNAMBUCO, 2013), incluindo para além da oferta de Educação Profissional Técnica em Saúde a realização de cursos na modalidade de pós-graduação, nas modalidades especialização lato sensu e residências em área profissional da saúde (SES, 2019).

A Educação Permanente em Saúde trata da formação dos profissionais de saúde com perspectiva da aprendizagem no e para o trabalho, onde o aprender e o ensinar devem integrar a prática diária dos profissionais, pois, através desta, refletem sobre as diversas realidades e os modelos de atenção em saúde em que estão inseridos, cujos objetivos são a transformação das práticas profissionais e da organização do trabalho, a partir da problematização do processo de trabalho (BRASIL, 2004).

Desta forma, a pesquisa em tela buscou analisar o desenvolvimento das formações executadas pela Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco, com os pressupostos da Educação Permanente em Saúde.

Capítulo 2

MARCO TEÓRICO



CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

2.1. TRABALHO E EDUCAÇÃO

2.1.1. TRABALHO

Nos anos 70 e na década de 80 observam-se profundas transformações no mundo do trabalho, transformações estas que trouxeram modificações na organização deste, cobrando dos trabalhadores constante atualização de seus conhecimentos devido ao risco da obsolescência, exigindo contratação de funcionários com polivalência multifuncional e motivadores. Advindo de grandes avanços tecnológicos; incorporação de outros processos produtivos como neofordismo e neotaylorismo, que se mesclam ao fordismo e taylorismo; surgimento de novos processos de trabalho; disseminação do “toyotismo” e formas transitórias de produção que causaram impactos em relação aos direitos de trabalho (ANTUNES, 1997 e DE DECCA, 2000).

É preciso considerar que o trabalho constitui o homem, por ser uma categoria central de humanização, diferenciando o ser humano dos animais. Entretanto este universo é perpassado por influências políticas, econômicas e sociais que modificaram e acarretaram repercussões nefastas nesse benefício que o trabalho poderia conceder ao sujeito. Tais repercussões podem ser encontradas nas práticas do cotidiano do trabalho, nas relações sociais, na relação com a saúde e com a vida. (HELOANI; RIBEIRO, 2011).

É através do trabalho que o homem produz continuamente a sua própria existência.

Se for o trabalho que constitui a realidade humana, e se a formação do homem está centrada no trabalho, isto é, no processo pelo qual o homem produz a sua existência, é também o trabalho que define a existência histórica dos homens. Através do trabalho o homem vai produzindo as condições de sua existência, e vai transformando a natureza e criando, portanto, a cultura, criando um mundo humano (SAVIANI, 1987).

Antunes (1997) destaca que as transformações no mundo do trabalho evidenciaram consequências como: “desproletarização do trabalho manual, industrial e fabril; terceirização, heterogeneização e subproletarização do trabalho. Diminuição do operariado industrial tradicional e aumento da classe-que-vive-do-seu-trabalho”

(ANTUNES, 1997, p.73). A expressão classe-que-vive-do-trabalho objetiva conferir “contemporaneidade e amplitude ao ser social que trabalha à classe trabalhadora hoje, apreender sua efetividade sua processualidade e concretude” (ANTUNES, 1999, p.101).

Ferreira (2003) argumenta:

O futuro cidadão do mundo se define por novas exigências do mundo do (não) trabalho, marcado pela força de trabalho, profissão e remuneração, emprego e desemprego que ocorrem em escala mundial, a nova sociedade civil mundial com toda a sua complexidade, histórica e lógica, à qual se submetem, praticamente, todas as outras realidades. Mesmo vinculado às raízes locais, nacionais ou regionais que continuam vigentes e importantes, até mesmo decisivas, o indivíduo está inserido nas configurações, movimentos, exigências e desafios da sociedade mundial. Esta passa a ser a referência mais importante na sua formação enquanto cidadão de direitos e deveres que, sem prejuízo dos locais, regionais e nacionais, passam a predominar na constituição da sua cidadania (FERREIRA, 2003, p.29).

Romão (2002) refere que os sistemas produtivos, tecnológicos e formalmente reconvertidos, juntamente com as novas exigências da concorrência mundial, estão impondo um padrão de comportamento produtivo flexível e uma combinação da razão instrumental com a razão comunicativa, [...] no qual as potencialidades do aprender e da comunicação são mais importantes do que a acumulação de conhecimento e habilidades especializadas.

Merhy e Franco (2006) observam que o trabalho promove a modificação da natureza e dos indivíduos que o executam, considerando que o mesmo tem o poder de alterar a forma de pensar e de agir no mundo. Ambos argumentam que:

O trabalho é produtor de “valores de uso” e de “valores de troca”. Conforme a necessidade que procura satisfazer, o trabalho produz um produto que carrega um certo “valor de uso”. (...) Nas sociedades capitalistas, o produto do trabalho do trabalhador é do patrão ou da empresa que o emprega. Ele só recebe um salário por trabalhar e não pelos produtos que produz. A riqueza da sociedade, se medida pela quantidade de trabalho e de produtos que produz, é desigualmente distribuída. Quem trabalha como regra, é quem menos recebe a riqueza produzida. Assim o trabalho do trabalhador serve para produzir produtos que tenham ‘valores de troca’ para o patrão (MERHY E FRANCO, 2006).

Observa-se que com o avanço do capitalismo, o processo de alienação subordinou o trabalho ao capital. Nesse sentido Antunes (2009, p. 132) conceitua alienação como “a luta do capital para subordinar o trabalho, é a luta incessante do capital pelo poder [...] o processo de alienação é vivenciado cotidianamente pelo trabalho”. Por outro lado, a desalienação é fundamental, pois “é parte imprescindível desse processo, é a incessante rebelião da atividade contra a passividade do ser”. (ANTUNES, 2009, p. 132).

Romão (2002) trabalhando o contexto atual na sociedade contemporânea, há um processo de individualização do sujeito e esse processo tem como decorrência a transferência da responsabilidade de formação para o trabalhador. Isso em termos de formação, de educação do sujeito, do cidadão, traz essa mudança de foco, ao invés de ser uma responsabilidade social passa a ser individual. Nessa relação educação/trabalho o referido autor diz que são defendidas quatro teses, como segue:

1. Desqualificação – O sistema produtivo do capitalismo organizado estaria produzindo uma desqualificação absoluta e relativa. Portanto, ao invés de estarmos caminhando para o fim do “mandarinato”, ao invés de estar ocorrendo uma socialização das informações e competências, estaria se verificando o contrário, uma verdadeira substituição do trabalho vivo pelo da maquinaria automática, exigindo da força de trabalho operações mecânicas e repetitivas, completamente destituídas de qualquer racionalização e, no limite, obsoletizando a própria força de trabalho.
2. Requalificação – Os nexos entre educação e produção, no contexto da terceira “revolução tecnológica”, estariam provocando a elevação da taxa média de qualificação da força de trabalho.
3. Polarização das Qualificações – Na medida em que o trabalho vivo é substituído pelo trabalho mecatrônico, a necessidade de qualificação polariza-se nas tarefas de criação, manutenção, direção e vigilância, concentrando-se, portanto, num pequeno número de trabalhadores.
4. Qualificação Absoluta e Desqualificação Relativa – A taxa média de qualificação da força de trabalho estaria se elevando absolutamente, mas a qualificação relativa – considerado o nível de conhecimentos disponíveis na sociedade – estaria se rebaixando (ROMÃO, 2002).

Pochmann (2001) argumenta que são crescentes os requisitos para uma maior qualificação profissional, e aquisição de mais habilidades para exercer a atividade profissional, fruto de uma demanda de trabalho mais exigente. A tecnologia

educacional utilizada no processo ensino-aprendizagem dos profissionais de saúde “precisa ser um instrumento mediador entre o homem e o mundo, o homem e a educação, servindo de mecanismo pelo qual o educando se apropria de um saber redescobrimo e reconstruindo o conhecimento” (LITWIN, apud CIAMPONE, 2000, p.363).

2.1.2. EDUCAÇÃO

A Constituição do Brasil (1988) em seu Art. 205 diz: “A educação, direito de todos e dever do Estado e da família, será promovida e incentivada com a colaboração da sociedade, visando ao pleno desenvolvimento da pessoa, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho”.

De acordo com Pimentel (1991), educação deriva do termo em latim que significa ato de criar. Transcende o instruir, vindo a se considerar como o instituir que representa o pontapé inicial “do processo de desenvolvimento da capacidade física, intelectual e moral do ser humano, na tentativa de superação das necessidades que surgem, respeitando-se e demandando o realizar-se, o vir-a-ser” (PIMENTEL, 1991, p.72).

Em relação à educação, Mészáros, in Marx e a Teoria da Alimentação (1981) refere:

A educação tem duas funções principais numa sociedade capitalista: a produção das qualificações necessárias ao funcionamento da economia, e a formação de quadros e a elaboração de métodos para um controle político.

Saviani (1994) alude que a escola, desde suas origens, foi posta do lado do trabalho intelectual; constituiu-se num instrumento para a preparação dos futuros dirigentes que se exercitavam não apenas nas funções da guerra (liderança militar), mas também nas funções de mando (liderança política), por meio do domínio da arte da palavra e do conhecimento dos fenômenos naturais e das regras de convivência social (SAVIANI, 1994, p. 162).

Furter (1974) indaga que a educação é um processo ininterrupto de aprofundamento tanto da experiência pessoal como da vida coletiva, que traduz pela dimensão educativa que cada ato, cada gesto, cada função, qualquer que seja a

situação em que nos encontramos, qualquer que seja a etapa da existência que estejamos vivendo (FURTER, 1975, p. 75).

Na visão de Arouca (1983), educação é:

Prioritariamente práxis social, é subjetividade e objetividade em permanente dialeticidade, é a transformação da realidade, mas também, ação sobre as estruturas sociais (AROUCA, 1983, p. 38).

O pensamento freireano propõe uma educação significativa de forma a torná-la crítica e emancipadora, neste cenário a educação representa a necessidade de um comprometimento apaixonado por parte dos educadores em tornar o político mais pedagógico, isto é, tornar a reflexão e ação crítica, partes fundamentais de um projeto social que não apenas inclua formas de opressão, mas também desenvolva uma fé profunda e permanente na luta para humanizar a própria vida (GIROUX, 1997, p.147).

Para Vasconcellos (1996) a educação é:

Processo permanente de aprendizagem, descobertas, reflexões e ações deverão transcender o espaço formal escolar, onde a importância do educar não deve ser entendida como uma vontade de um grupo de pessoas, mas sim como um projeto político que busca atender as necessidades: social, cultural, política e econômica, devendo ser compreendido também, como uma etapa preparatória para o desenvolvimento humano e a vida e não somente como uma preparação para o trabalho (VASCONCELLOS, 1996, p.20).

Freire (1979) em seu princípio pedagógico, entende que educação é um compartilhar de saberes, sendo que isto é possível pelo diálogo, onde todo saber humano tem em si o testemunho do novo saber, a partilha do conhecimento, que só pode acontecer através do diálogo, estabelecendo a partir disso, um processo de ação-reflexão, em cima da realidade, com vistas à transformação” (FREIRE apud PORTELLA, 1999, p.357).

McLaren (1997) concebe a educação como multicultural e inclusiva, capaz de proporcionar uma transformação social, superando a irracionalidade, a dominação e a opressão. O mesmo autor afirma que o conhecimento emancipatório nos ajuda a entender como os relacionamentos sociais são distorcidos e manipulados por relações

de poder e privilégio. [...] ele cria as bases para a justiça social, igualdade e distribuição de poder (MCLAREN, 2007, p. 203).

Nas situações de ensino-aprendizagem de qualidade, sejam elas a distância ou presenciais, a educação deve proporcionar uma gama de possibilidades de interação para os mesmos não caracterizarem o que é chamado de educação bancária proposta por Freire:

Na visão “bancária” da educação, o “saber” é uma doação dos que se julgam sábios aos que se julgam nada saber. Doação que se funda numa das manifestações instrumentais da ideologia da opressão, a absolutização da ignorância, que constitui o que chamamos de alienação da ignorância, segundo a qual esta se encontra sempre no outro. (FREIRE, 1993 apud RESENDE de DIAS, 2010).

Para Egrý (1996) o que garante o ato educativo emancipador é a decisão de intervir para transformar, o que demanda um trabalho conjunto, lento e rigoroso e pressupõe não só a vontade política, mas também a necessidade de retomar passos já dados e de buscar pontos vulneráveis para a mudança” (EGRY, 1996, p.73).

2.2. EDUCAÇÃO PERMANENTE E EDUCAÇÃO CONTINUADA

2.2.1. EDUCAÇÃO PERMANENTE - EP

Arouca (1983) aponta que no Relatório Final da II Conferência sobre Educação de Adultos, realizada pela UNESCO, em 1960, em Montreal (Canada), descreve que o conceito de Educação Permanente aparece pela primeira vez como recomendação para “figurar entre os objetivos das políticas governamentais de todos os países membros e nos seus planos nacionais de desenvolvimento” (AROUCA, 1983, p.73).

Ainda em Arouca (1983), a autora refere que a primeira definição de Educação Permanente, provavelmente, foi do autor brasileiro Dumerval Trigueiro Mendes, propondo educação para todos a fim de reduzir a marginalidade social. Na visão desta autora, a educação é:

Prioritariamente práxis social, é subjetividade e objetividade em permanente dialeticidade, é a transformação da realidade, mas

também, ação sobre as estruturas sociais (AROUCA, 1983, p. 38).

Arouca (1996) em seus estudos buscou analisar a terminologia e o conceito de Educação Permanente a partir de considerações de diversos autores, através da apreciação de documentos divulgados nas Conferências Mundiais sobre Educação de Adultos. Esse movimento possibilitou a autora agrupar os conceitos de educação permanente identificados, através dos autores estudados, em três correntes, a saber: a corrente internacional, a americana e a europeia.

1. Corrente Internacional

A corrente internacional que tem como principais autores Paul Lengrand, A. S. M. Hely e Aser Déléon (UNESCO, 1963). Observa-se a preocupação com a defasagem da mão-de-obra especializada, objetivando superar a contradição existente entre os limites da educação formal e a evolução acelerada de conhecimentos teóricos e práticos. A Educação Continuada ou Permanente, nesta corrente, defende um processo que se prolonga por toda a vida, afirma:

“A educação permanente é conceito que engloba a formação total do homem, segundo um processo que prosseguirá durante a vida (...) Implica em sistema complexo, coerente e integrado, fornecendo os meios convenientes à resposta para as aspirações de ordem educativa, cultural de cada indivíduo, e adequada às suas faculdades” (Definição de Paul Lengrand; Aser Déléon da UNESCO).

Na perspectiva desta corrente, surgiu em 1954, em Genebra, a Fundação Europeia da Cultura, uma associação privada com a finalidade de “encorajar os projetos europeus multinacionais nos domínios científicos, educativos e artísticos” (Arouca, 1996, p.67). Durante sua atuação, essa Fundação cooperou com alguns órgãos internacionais tais como: UNESCO, Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Econômico (OCDE), Organização Internacional do Trabalho (OIT), dentre outros. Todos de grande relevância para o movimento da Educação de Adultos. A intervenção destes órgãos internacionais:

Pretendeu o desenvolvimento dos indivíduos adultos que necessitam de reciclagens, atualizações ou aprendizagens, mas, [...], as funções exercidas no domínio da cooperação econômica, social e educacional, [...], indica que a Educação Permanente pode prefigurar uma dominação internacional nos

diversos países membros, ou "beneficiados", por meio desses órgãos (AROUCA, 1996, p.67).

2. Corrente Americana

Na corrente americana, a educação permanente é com frequência substituída por expressões tais como: "continuous learning", "continuing education", "lifelong education" ou "recurrent education". Definida da seguinte forma:

A expressão educação permanente designa um projeto global que pretende reestruturar o sistema educativo existente, e desenvolver todas as possibilidades formativas fora do sistema educativo. Num tal projeto, o homem é agente de sua própria educação, pela interação permanente que se estabelece entre suas ações e sua reflexão. A educação, longe de se limitar ao período escolar, deverá se estender a todos os órgãos competentes e a todos os domínios do saber podendo ser adquirida pelos vários meios, e favorecer o desenvolvimento de todos os aspectos da personalidade (CANADÁ, GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, 1981-1982).

3. Corrente Europeia

Na corrente europeia o conceito de educação permanente surgiu não apenas para impulsionar a recuperação dos países nos períodos do pós-guerra, mas também como forma de superar as limitações dos modelos educacionais formais (AROUCA, 1983, p.14). E tem como principais estudiosos do tema: Knud Borges Andersen, na Dinamarca; F.W. Jessup, na Inglaterra; na Alemanha: M.H. Tietgens; na França: B. Schwartz, A. Touraine e Joffre Dumazedier; na Bélgica: Henri Janne; na Suíça: Pierre Furter; em Portugal: Alberto Melo, e na Itália: Ettore Gelpi.

Schwartz (1969), estudioso da corrente europeia, define educação permanente como:

Tornar toda pessoa capaz de melhor compreender o mundo técnico, social e cultural que o rodeia, de torná-la capaz de se situar no seu meio, de o influenciar, compreendendo o aspecto da relativa evolução da sociedade e a sua própria evolução, procurando ser verdadeiramente o agente de mudança (SCHWARTZ, 1969, p. 10).

Com a propagação desses pensamentos e conceitos (internacional, americana e europeia) pelo mundo, a educação permanente chega à América Latina atrelada a um contexto de subdesenvolvimento, desigualdades sociais e industrialização tardia. Que segundo Lampert (2005), a educação permanente é vista como uma possibilidade de auxiliar no desenvolvimento econômico de um país.

Segundo o mesmo autor, a educação permanente, baseada na ideologia capitalista, era entendida geralmente como uma ação educativa sem contexto, que oferecia ao homem, objeto do processo, uma gama de perspectivas para se atualizar continuamente, capacitando-se para o mercado de trabalho, com o único objetivo de produzir mais e, conseqüentemente, aumentar os lucros dos opressores (LAMPERT, 2005).

Esse processo esquece a essência, que é o homem, e a própria dialética do processo educativo de ler, compreender e de transformar o mundo. Por outro ângulo, o homem necessita de uma educação permanente, porque deseja se aperfeiçoar continuamente, porque jamais cessa de tornar-se homem. Daí a necessidade imperiosa de os países da América Latina e do Caribe oferecerem uma educação permanente voltada à existência, à totalidade do homem e não somente com fins utilitários e pragmáticos (LAMPERT, 2005, p.11).

Para a UNESCO a educação permanente é “como um processo do crescimento do homem que se realiza como indivíduo e como membro de numerosos grupos sociais” (UNESCO, 1973, p.158).

A educação permanente foi disseminada no Brasil através da UNESCO, nos anos 60, através da divulgação do conceito de Alfabetização Funcional, o qual objetivava dar condições a cada indivíduo para desempenhar um papel ativo na vida econômica do país. E contou com a colaboração de Pierre Furter (defensor da corrente europeia), com as publicações dos livros de sua autoria “Educação e Vida” e “Educação e Reflexão”, em 1966, os quais influenciaram a noção de educação permanente na literatura brasileira. Desta forma, várias instituições brasileiras contribuíram para a estruturação desse conceito no Brasil e entre elas podemos destacar a participação do Serviço Social do Comércio (SESC), Superintendência do Desenvolvimento do Nordeste (SUDENE), Ministério da Educação e Cultura (MEC), Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais (INEP) e UNESCO

(AROUCA, 1996). Sua principal utilização era para nortear a educação de jovens e adultos, sendo aceito o termo educação continuada como sinônimo (AROUCA, 1996).

Mendes (2000) destaca que é necessário reformular a educação para que não permaneçamos em um atraso irreparável com o nosso tempo e com a nossa própria sociedade, ressaltando que a EP deve ser entendida como um sistema aberto que utiliza toda a potencialidade da escola e da sociedade para produzir os valores, conhecimentos e técnicas que servem de base a práxis humana em toda a sua extensão. “EP partiria de concepções em que o aprender não é adquirido somente no ambiente escolar formal, mas também pode ser desenvolvido e aprimorado em meio à realidade experimentada por cada indivíduo no seu cotidiano” (MENDES, 1976). Destaca que o sistema de EP ocorreria por meio de um processo bipolar entre escola e sociedade, de modo que a escola realizasse toda a sua possibilidade de educar a sociedade e a sociedade utilizasse toda a sua possibilidade de educar-se a si mesma (MENDES, 2000).

A definição de educação permanente apresenta pontos convergentes e divergentes entre diversos teóricos, a saber:

Marin (1995) compreende que educação continuada é mais completa, uma vez que incorpora a formação no próprio ambiente de trabalho. Por outro lado, Haddad (1994) traz que a educação continuada e a educação em serviço estão dentro da educação permanente. Já Ramos (2010) diz que educação continuada, educação permanente, aprendizagem ao longo da vida, educação de adultos podem ser considerados sinônimos.

Furter (1974), alerta que a educação permanente não poderá ser confundida como atividades extraescolares, atividades complementares, prolongamento escolar, elitização etc. Estes são fragmentos e possibilidades para ajudar no processo, porém o verdadeiro sentido é “fazer-se homem”.

Schwartz (1976), salienta que há a necessidade de a pessoa revisar seus modelos culturais e sua própria maneira de viver, porque o ambiente social e cultural apresenta dinamicidade. Nesta perspectiva, a educação permanente se refere à autonomia, à reformulação de valores, atitudes, conceitos, hábitos, e não somente à ampliação e aquisição de conhecimentos.

Segundo Motta e Ribeiro (1996) falar em educação permanente como um processo educacional que visa atender ao processo de trabalho em saúde como um eixo definidor e configurador de demandas educacionais, requer pensar em questões

que se sobressaem como importantes elementos no que tange entender os limites, as possibilidades e as dificuldades deste processo, sendo elas, a organização do mundo do trabalho e as representações sociais sobre este trabalho.

Bárcia (1982), destaca que:

A educação permanente deve ser vista [...] como processo de afirmação do indivíduo através de tomada de consciência para um auto determinismo na condução de alternativas, a fim de dominar as diferentes situações em que será levado a viver (BÁRCIA, 1982, p. 63-64).

Conforme Gadotti (1984), o conceito de educação permanente deve englobar a formação total do homem e, conseqüentemente, um processo que se desenrola durante toda sua vida.

No final da década de 90, a UNESCO rediscute a educação permanente ao publicar o relatório da Comissão Internacional sobre Educação para o século XXI. Tal relatório, organizado por Jacques Delors, reescreve as novas perspectivas da EP para o mundo e amplia o entendimento de seu conceito inicial para,

Além das necessidades imediatas de reciclagem profissional, corresponde, pois, atualmente, não só a uma necessidade de renovação cultural, mas também, e, sobretudo, a uma exigência nova, capital, de autonomia dinâmica dos indivíduos numa sociedade em rápida transformação (UNESCO, 1998, p.112).

Contudo, permanece a ideia das formações práticas e aperfeiçoamentos profissionais ligados a exigências do mercado (UNESCO, 1998), ou seja, a valorização do aprimoramento educacional do ser humano em prol do mercado de trabalho.

Para Pantovani, Mantovani e Méier (2007), a educação permanente requer um compromisso de cada um para ser aprendido e conquistado pelas mudanças de atitude que são inerentes às experiências vivenciadas, trazidas pela troca com o meio, com os outros e com o processo de trabalho, buscando assim a transformação tanto pessoal quanto profissional e social sendo este um processo essencial a ser percebido pelos alunos no estágio para assim permitir que seja potencializada a vontade de desenvolver a capacitação técnica dentro do processo de ensino-serviço.

O Ministério da Saúde em 2004 conceituou educação permanente com conceito pedagógico, no setor da saúde, para efetuar relações orgânicas entre ensino

e as ações e serviços e entre docência e atenção à saúde, sendo ampliado, na reforma sanitária brasileira, para as relações entre formação e gestão setorial, desenvolvimento institucional e controle social em saúde (BRASIL, 2004).

Monteiro, Chillida e Bargas (2004) referem que a educação permanente vem sendo considerada como um processo amplo que envolve aspectos do desenvolvimento integral do ser humano, não se limitando a treinamentos técnicos formais (MONTEIRO, CHILLIDA E BARGAS, 2004, p.542)

Para Feuerwerker et al. (2009), a educação permanente objetiva:

Propiciar o desenvolvimento de situações que gerem coletivos capazes de serem seus próprios coautores, através de um processo de reinvenção das instituições de saúde e, principalmente, do trabalho. Para o desenvolvimento de novos perfis profissionais é necessário à introdução de novos mecanismos, espaços, temas e, em especial, processo pedagógico (FEUERWERKER et al, 2009).

A educação permanente se baseia na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais (BRASIL, 2009). Rogers (2001) classifica a aprendizagem significativa como aquela que provoca uma modificação, quer seja no comportamento do indivíduo, na orientação da ação futura que escolhe ou nas suas atitudes e na sua personalidade. Percebe-se que essa aprendizagem é penetrante, e não se limita a um aumento de conhecimento, mas penetra profundamente todas as parcelas da sua existência.

Ausubel (1968) na aprendizagem significativa o estudante utiliza seus conhecimentos prévios para construir novos conhecimentos. Para tanto a tarefa de aprendizagem não pode ser arbitrária nem literal, ou seja, o aluno deve ter liberdade para fazer associações de ideias fora do conteúdo, correlacionando com seus conhecimentos e não necessariamente saber integralmente o que lhe foi transmitido. Para ser significativa a aprendizagem deve exigir que o aluno apreenda apenas o sentido do conteúdo trabalhado. Desta forma, o aprendizado não é facilmente esquecido e o aluno tem menos dificuldade de acessá-lo quando necessário.

Conforme Komatsu et al. (2003) a aprendizagem para ser classificada como significativa precisa envolver um critério de funcionalidade, ou seja, o quanto os conteúdos podem ser utilizados na prática real do indivíduo. O valor educativo de um projeto estaria na capacidade de proporcionar experiências que produzam desequilíbrio em um determinado conjunto de conhecimentos e uma modificação

desses esquemas. Quanto mais essas experiências estiverem relacionadas à prática profissional, maiores serão as probabilidades de se conseguir motivação e engajamento por parte dos estudantes.

Freire (2001) salienta que a educação é permanente não porque uma posição política ou ideológica a exijam. Ela é permanente na razão da finitude do ser humano e de sua consciência em relação a essa finitude, incorporando à sua natureza “não apenas saber que vivia, mas saber que sabia, e assim, saber que podia saber mais (FREIRE, 2001, p.12). A educação e a formação permanente se fundam aí.

Lima et al (2010) a educação permanente configura-se como um desdobramento de vários movimentos de mudança na formação dos profissionais de saúde, resultado da análise das construções pedagógicas na educação em serviços de saúde, na educação continuada para o setor saúde e na educação formal dos profissionais de saúde.

2.2.2. EDUCAÇÃO CONTINUADA – EC

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) define educação continuada como uma “oportunidade de capacitação dos trabalhadores – incluindo oficinas, seminários, conferências e outros meios educacionais formais ou informais - voltada ao fortalecimento, atualização e complementação do conhecimento e da capacidade dos trabalhadores” (OPAS, 2001, p.4).

Amorim (2013) destaca que a educação continuada é voltada para lógica de atualização de conhecimentos individuais, buscando somente atualizar informações de uma categoria, de uma especialidade, de um novo procedimento de intervenção inserido de forma fragmentada e até descontextualizada com os modos de fazer em saúde. Exemplificando a afirmação de Amorim, temos Merhy e Gomes (2016, p. 71), os quais ressaltam que na educação continuada “é como se os problemas já encontrassem opções de solução sistematizada”. Desta forma, a concepção de educação continuada liga-se diretamente ao mundo do trabalho, voltada para a formação profissional. Segundo Lowe apud Destro (1995), educação continuada é toda e qualquer atividade que tem por objetivo provocar uma mudança de atitudes e/ou comportamentos a partir da aquisição de novos conhecimentos, conceitos e atitudes (LOWE apud DESTRO, 1995, p.25)

Silva et al (1989) entendem educação continuada como um conjunto de práticas educacionais planejadas no sentido de promover oportunidades de desenvolvimento do funcionário, com a finalidade de ajudá-lo a atuar mais efetiva e eficazmente na sua vida institucional (SILVA et al, 1989, p.10).

No contexto da educação continuada os autores Peres e Bagnato (1998) e Bezerra (2000) concordam que EC proporciona ao indivíduo a aquisição de conhecimentos, para que ele atinja sua capacidade profissional e desenvolvimento pessoal, considerando a realidade institucional e social no qual está inserido. Mejia (1986) configura educação continuada como:

Um conjunto de experiências que se seguem à formação inicial e que permitem ao trabalhador manter, aumentar ou melhorar sua competência para que ela seja compatível com o desenvolvimento de suas responsabilidades (MEJIA (1986, p.43).

Para Nunes citado por Ribeiro e Motta (1996) educação continuada caracteriza-se por alternativas educativas, mais centradas no desenvolvimento de grupos de profissionais, seja através de cursos de caráter complementar e mesmo seriado, seja através de publicações específicas de um determinado campo (RIBEIRO E MOTTA, 1996, p.40).

Romão (2002) traz a importância da educação continuada como parte da formação humana, onde:

Os homens e as mulheres, na sua trajetória neste mundo, não alcançam a plenitude embora a procurem indefinidamente. A busca incessante de atualização de todas as próprias potencialidades dá-se na dimensão dessa procura de superação da inconclusão, já que ela se inscreve no inesgotável universo dessas potencialidades não atualizadas. É nesta perspectiva que o ser humano torna-se essencialmente utópico, dotado de esperança, pedagógico. Assim, a educação torna-se um processo imprescindível à humanidade e ao processo civilizatório, mais do que um instrumento da realização ocupacional e do capital (ROMÃO, 2002).

Na visão de Bagnato (1999) as atividades de educação continuada deveriam se dar numa perspectiva crítico-reflexiva, incentivando os profissionais a buscarem alternativas para mudanças significativas tanto nas políticas de saúde quanto na prática profissional, contribuindo para prestar uma assistência de qualidade, procurando atender as necessidades da maioria da população, para isto é importante

que eles assumam o papel de sujeitos ativos, participando na construção e implementação destas políticas (BAGNATO, 1999, p.78).

Nesta perspectiva Freire (1983) reflete:

O profissional deve ir ampliando seus conhecimentos em torno do homem, de sua forma de estar sendo no mundo, substituindo por uma visão crítica a visão ingênua da realidade, deformada pelos especialismos estreitos (FREIRE, 1983, p.21).

De acordo com Silva, Pereira e Benko (1989) a educação continuada representa um processo educativo dinâmico e flexível que se dá através da interação social entre os sujeitos, considerando-o na sua totalidade e com uma inserção socioeconômica e cultural.

Ao passar dos anos, o termo “educação continuada” recebeu diversas designações por estudiosos do tema, tais como: educação de adultos, educação em serviço, educação extraescolar, formação continuada, educação continuada, educação permanente e educação contínua.

No Brasil, os termos educação continuada e educação permanente são utilizados algumas vezes como sinônimos por alguns autores, porém, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde – PNEPS (2004) trouxe distinções acerca dos citados termos, pontuando as diferenças significativas, de cada abordagem. Abaixo descrição das diferenças:

Quadro 1: Principais diferenças entre Educação Continuada e Educação Permanente.

	Educação Continuada	Educação Permanente
Pressuposto Pedagógico	O “conhecimento” preside / define as práticas.	As práticas são definidas por múltiplos fatores (conhecimento, valores, relações de poder, organização do trabalho etc.); a aprendizagem dos adultos requer que se trabalhe com elementos que “façam sentido” para os sujeitos

		envolvidos (aprendizagem significativa).
Objetivo principal	Atualização de conhecimentos específicos.	Transformação das práticas.
Público	Profissionais específicos, de acordo com os conhecimentos a trabalhar.	Equipes (de atenção, de gestão) em qualquer esfera do sistema.
Modus operandi	Descendente. A partir de uma leitura geral dos problemas, identificam-se temas e conteúdos a serem trabalhados com os profissionais, geralmente sob o formato de cursos.	Ascendente. A partir da análise coletiva dos processos de trabalho, identificam-se os nós críticos (de natureza diversa) enfrentados na atenção ou na gestão; possibilita a construção de estratégias contextualizadas que promovem o diálogo entre as políticas gerais e a singularidade dos lugares e pessoas.
Atividades educativas	Cursos padronizados - carga horária, conteúdo e dinâmicas definido centralmente. As atividades educativas são construídas de maneira desarticulada em relação à gestão, à organização do sistema e ao controle social.	Muitos problemas são resolvidos/equacionados em situação. Quando necessárias, as atividades educativas são construídas de maneira ascendente, levando em conta as necessidades específicas de profissionais e equipes. As atividades educativas são construídas de maneira

	A atividade educativa é pontual, fragmentada e se esgota em si mesma.	articulada com as medidas para reorganização do sistema (atenção gestão - educação - controle social articulados), que implicam acompanhamento e apoio técnico. Exemplos: constituição de equipes de especialistas para apoio técnico às equipes da atenção básica em temáticas específicas prioritárias; instituição de processos de assessoramento técnico para formulação de políticas específicas.
--	-----------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Fonte: Política Nacional de Educação Permanente em Saúde - PNEPS, Brasil (2004).

Percebe-se que a educação permanente, na sua evolução histórica, apresentou controvérsias e consensos, passando pela educação de jovens e adultos, educação continuada até a atualização profissional em prol do trabalho.

2.3. EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE - EPS

Lopes et al. (2007) afirma que partir da década de 70, as discussões sobre a educação do trabalhador da saúde tornam-se mais significativas e passam a ser estimulada pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) com intuito de promover o desenvolvimento de pesquisas sobre a formação em serviço e as necessidades de aperfeiçoamento do trabalhador da saúde. A Organização Pan-Americana de Saúde, com a publicação científica nº 40 – Resúmen de los Informes Cuadriales sobre las Condiciones Sanitarias en Américas (Vidal, 1984), procurou estabelecer vínculos entre a educação e o trabalho, por considerar que essas duas são inseparáveis, cujo grande eixo motivador é o trabalhador, seu trabalho, sua

contribuição para a saúde da população e a EP como instrumento essencial para o seu desenvolvimento (QUINTANA et al., 1984).

A educação permanente em saúde foi introduzida no Brasil pela Organização Pan-Americana de Saúde nos anos 80, a partir da percepção do reduzido impacto dos programas de capacitação profissional e de atualização de conhecimentos (educação continuada), na resolução dos problemas da prática do trabalho e na qualidade dos serviços prestados na saúde (VINCENT, 2007).

Para a OPAS, a educação permanente em saúde é uma estratégia dinâmica e eficaz para gerar novos modelos e processos de trabalho nos estabelecimentos de saúde. Tem como objetivo a reflexão e intervenção nos processos de trabalho, na melhoria da qualidade dos serviços e nas condições de trabalho, sendo sintetizada pela OPAS como a educação no trabalho, para o trabalho e pelo trabalho (MIRANDA, 2002).

De acordo com o relatório da I Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde, ocorrida em 1986, onde foram abordados temas referentes à necessidade de articulação entre as instituições que prestam serviços e aquelas que formam o pessoal de saúde; a necessidade de participação de representantes da classe trabalhadora organizada em discussões sobre a formação de recursos humanos; a inadequação da formação de mão-de-obra em saúde em relação às necessidades de saúde da população brasileira, as necessidades dos serviços e proposição do processo de educação continuada em serviço (BRASIL, 1986).

De acordo com a OPAS (1993), os programas direcionados aos profissionais da saúde devem:

- buscar o intercâmbio entre a prática técnica e a prática social;
- ser um processo que trabalha a prática/experiência e a teoria, buscando a sua reinterpretação, considerando que teoria e prática são inseparáveis;
- buscar o desenvolvimento integrado das diversas áreas do conhecimento e da equipe de trabalho como um todo.

A Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do Sistema Único de Saúde, no campo da formação profissional, conceitua: Formação Profissional, Qualificação Profissional e Educação Permanente, da seguinte forma:

Formação Profissional: é o processo que sistematiza os conhecimentos técnicos e científicos por meio da educação profissional de nível básico, técnico e superior, com o objetivo de propiciar ao indivíduo o permanente desenvolvimento de aptidões, habilidades, competências específicas e posturas solidárias perante os usuários, para o exercício do trabalho e da educação a fim de inseri-lo nos setores profissionais.

Qualificação Profissional: é o processo no qual o trabalhador adquire conhecimentos qualificados para o desempenho de determinada função visando ao seu melhor aproveitamento no exercício do trabalho.

Educação Permanente: constitui-se no processo de permanente aquisição de informações pelo trabalhador, de todo e qualquer conhecimento, por meio de escolarização formal ou não formal, de vivências, de experiências laborais e emocionais, no âmbito institucional ou fora dele. Compreende a formação profissional, a qualificação, a requalificação, a especialização, o aperfeiçoamento e a atualização. Tem o objetivo de melhorar e ampliar a capacidade laboral do trabalhador, em função de suas necessidades individuais, da equipe de trabalho e da instituição em que trabalha (BRASIL, 2005).

Em 2000, com a realização da XI Conferência Nacional de Saúde, na tentativa de reafirmar a EPS, os participantes ressaltaram a necessidade dos governos federal, estadual e municipal assumirem sua parcela de responsabilidade com a formação e o desenvolvimento de trabalhadores em saúde, por meio do financiamento para a qualificação de pessoal no custeio do SUS (LOPES et al., 2007).

Desta forma, o Ministério da Saúde definiu como uma de suas metas a aplicação de metodologias educacionais voltadas para a qualificação dos profissionais do SUS e passou a desempenhar um papel ativo na reorientação das práticas e dos serviços, cuja proposta da Educação Permanente em Saúde foi adotada e reconhecida como uma importante estratégia de reorganização do processo de trabalho e desenvolvimento para o sistema (BRASIL, 2004a), apoiando-se na compreensão de que esta educação deve ser vista e entendida como:

Ações educativas embasadas na problematização do processo de trabalho em saúde e que tenham como objetivo a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, tomando como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, a reorganização da gestão setorial e a ampliação dos laços da formação com o exercício do controle social em saúde (BRASIL, 2009a, p.22).

A educação permanente em saúde ao dialogar sobre a problematização da realidade do trabalho é considerada uma importante ferramenta para a gestão de coletivos e apresentar-se com um conceito e um fazer que se diferencie dos processos de educação continuada, onde pode ser possível a promoção de espaço de autocrítica tanto individual dos profissionais de saúde, como coletiva promovendo a democratização do saber nas organizações. (VASCONCELOS et. al., 2009).

Comungando do conceito de problematização Ceccim (2005) propõe que:

Para produzir mudanças de práticas de gestão e de atenção, é fundamental que sejamos capazes de dialogar com as práticas e concepções vigentes, que sejamos capazes de problematizá-las [...] e de construir novos pactos de convivência e práticas, que aproximem os serviços de saúde dos conceitos de atenção integral, humanizada e de qualidade, da equidade e dos demais marcos dos processos de reforma do sistema brasileiro de saúde (CECCIM, 2005 a, p.165).

Ceccim (2005) ainda afirma que aquilo que deve ser realmente central à educação permanente em saúde é sua porosidade à realidade mutável e mutante das ações e dos serviços de saúde; é sua ligação política com a formação de perfis profissionais e de serviços, a introdução de mecanismos, espaços e temas que geram autoanálise, autogestão, implicação, mudança institucional, enfim, pensamento [...] e experimentação (CECCIM, 2005 a, p.162).

Cyrino e Toralles-Pereira (2004) o processo de problematização tem como eixo básico e orientador a relação ação-reflexão-ação transformadora, cujo objetivo é despertar uma consciência crítica no sujeito, a fim de que o mesmo reconheça sua interação com o processo de conhecer e tenha a capacidade de interpretar e questionar a realidade.

Maia (2014) refere que nas estratégias problematizadoras, a aprendizagem significativa ocorre como decorrência do “desconforto” propiciado pela constatação da insuficiência de saberes frente a desdobramentos de uma situação ou problema claramente apresentado em suas diversidades e aparentes contradições.

Freire (1987) contrapõe a concepção de educação problematizadora à educação bancária, onde:

O saber é uma doação dos que se julgam sábios aos que julgam nada saber. Doação que se funda numa das manifestações instrumentais da ideologia da opressão – a absolutização da

ignorância, que constitui o que chamamos de alienação da ignorância segundo a qual esta se encontra sempre no outro” (FREIRE, 1987:58). “Nela o educador é que educa; os educandos os que são educados; o educador é o que sabe; os educandos, os que não sabem (p. 59).

Nesta perspectiva, refere que ao negar a dialogicidade da educação, as pedagogias da transmissão mantêm e sustentam a divisão técnica do trabalho em saúde, reflexo da luta de classes na sociedade capitalista, ao passo que a educação problematizadora funda-se, justamente, na relação dialógico dialética entre educador e educando: ambos aprendem juntos, neste sentido:

A educação libertadora, ou problematizadora, já não pode ser o ato de depositar, ou de narrar, ou de transferir, ou de transmitir “conhecimentos” e valores aos educandos, meros pacientes à maneira da educação “bancária”, mas um ato cognescente. O antagonismo entre as duas concepções, uma, a “bancária”, que serve à dominação; outra, a problematizadora, que serve à libertação, toma corpo exatamente aí. Enquanto a primeira, necessariamente, mantém a contradição educador- educandos, a segunda realiza a superação (Freire, 1987: 68).

Davini (1989) confronta a pedagogia do adestramento com a pedagogia da problematização quando considera que a primeira trata do ensino individualizado, de um modelo cujo objetivo é alcançar a eficiência, sendo muito utilizada nos treinamentos industriais. É um modelo aplicado na área da saúde, por exemplo, no ensino de tarefas práticas, nas demonstrações de distintas técnicas e procedimentos relativos à saúde (esterilização de materiais, desinfecção de ambientes) “sin que se explique ni indague sobre el porqué de los mismos” (p.12). A pedagogia da problematização permite a geração de novos conhecimentos apropriados ao contexto, a integração do individual ao grupal, ao trabalho com o intelectual e o afetivo e ao desenvolvimento da consciência do grupo.

A mesma autora, ainda se referindo aos processos de formação baseados na problematização, situa o educador como estimulador da aprendizagem, como um orientador, destacando que “su punto de partida es la indagación sobre la práctica entendida como la acción humana y profesional dentro de un contexto social y institucional” (Davini 1989, p.14).

Para Zanotto e de Rose (2003), a ação de problematizar se apoia num trinômio: problema–explicação–solução, indo além da simples formulação de perguntas ou

questões. Problematizar também “significa ser capaz de responder ao conflito que o problema traz de forma intrínseca e que o sustenta” (ZANOTTO e DE ROSE, 2003).

Os autores Bordenave e Pereira (2012) valorizam as metodologias problematizadoras, indicando:

[...] a aprendizagem é um processo integrado no qual toda a pessoa (intelecto, afetividade, sistema muscular) se mobiliza de maneira orgânica. Em outras palavras, a aprendizagem é um processo qualitativo, pelo qual a pessoa fica melhor preparada para novas aprendizagens. Não se trata, pois, de um aumento quantitativo de conhecimentos, mas de uma transformação estrutural da inteligência da pessoa (BORDENAVE E PEREIRA, 2012, p. 26).

Ceccim (2005) indica que a educação permanente em saúde deve atuar no “quadrilátero da formação” em análise das práticas da gestão, da atenção à saúde, do controle social e do ensino dos profissionais. O referido autor aponta para a necessidade de mudar a lógica das instituições de ensino e para o incentivo à produção de conhecimento nos serviços.

A interação entre os segmentos da formação, da atenção, da gestão e do controle social em saúde deveria permitir: Dignificar as características locais; Valorizar as capacidades instaladas; Desenvolver as potencialidades existentes em cada realidade; Estabelecer a aprendizagem significativa e a efetiva e criativa capacidade de crítica, bem como produzir sentidos; Autoanálise e autogestão. (CECCIM, 2005, p.10).

Figura 2. Quadrilátero da Educação Permanente em Saúde.



Fonte: CECCIM (2005).

Buscando entender cada item proposto por Ceccim e Feuerweker (2004), no quadrilátero da formação para a EPS, observa-se que os mesmos foram construídos e indicados com base nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, a saber: descentralização, universalidade, integralidade e participação popular.

Na descentralização temos a gestão, que é composta pelas três esferas de governo: municipal, estadual e federal. É responsável por contribuir nas atividades da Educação Permanente em Saúde.

A integralidade refere-se à atenção à saúde, exercida pela equipe multiprofissional, intersetorial, focando a realidade na qual os usuários vivem.

O controle social é o terceiro pilar da EPS, propõe que os usuários possam reorganizar, problematizar e transformar o setor saúde, junto com os profissionais e estudantes através da participação popular.

Controle social, no sistema de saúde brasileiro, quer dizer direito e dever da sociedade de participar do debate e da decisão sobre a formulação, execução e avaliação da política nacional de saúde (CECCIM E FEUERWEKER, 2004, p. 43).

O quarto e último pilar desse quadrilátero é o ensino, que objetiva diminuir a distância entre a formação dos profissionais de saúde e as práticas vivenciadas por estes, no cotidiano das unidades de saúde pública. Neste contexto a ênfase do ensino deverá ser a prática. O conhecimento popular em saúde da comunidade, o saber acadêmico e outros - podendo transformar o trabalho em formação e educação em serviço (CECCIM; FEUERWEKER, 2004).

Comungando deste pensamento, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (2004) reflete:

Os diversos atores deverão desenvolver novas propostas pedagógicas, que sejam capazes de mediar a construção do conhecimento e dos perfis subjetivos nesta perspectiva. Para que os serviços possam, efetivamente, tornar-se espaços de aprendizagem serão necessários novos mecanismos de planejamento e de gestão (BRASIL, 2004, p. 16).

Ainda nesta perspectiva, ressalta-se a importância das metodologias ativas no processo de ensino dentro do contexto da EPS, numa articulação entre o sistema de saúde e as instituições formadoras, propondo a “adoção de metodologias ativas de

ensino e aprendizagem e a formação geral, crítica e humanística, sob a perspectiva da multiprofissionalidade e transdisciplinaridade”. (BRASIL, 2004, p. 24).

A produção da política nacional de descentralização e disseminação de capacidade pedagógica no Sistema Único de Saúde, “representou o esforço de cumprir [...] metas formuladas pela saúde coletiva no Brasil: tornar a rede pública de saúde uma rede de ensino-aprendizagem no exercício do trabalho” (CECCIM, 2005 b, p. 976). Ainda, segundo este autor,

O conceito de Educação Permanente em Saúde foi adotado para dimensionar esta tarefa, [...] na ampla intimidade entre formação, gestão, atenção e participação nesta área específica de saberes e de práticas, mediante as intercessões promovidas pela educação na saúde [...]. O exercício concreto desta meta se fez como política pública de maneira inédita no país, a partir da aprovação pelo plenário do Conselho Nacional de Saúde (CNS), pactuação na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e legitimação na 12ª Conferência Nacional de Saúde [...], da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, apresentada pelo Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES), do Ministério da Saúde (MS), em 2003 (CECCIM 2005 b, p.976).

De acordo com Franco (2007), os processos educacionais na saúde possibilitam a “produção de sujeitos, entendidos como coletivos, com capacidade de intervir na realidade, com o objetivo de transformá-la”. Desta forma, o autor destaca a existência de duas grandes dimensões no campo da educação:

[...] a primeira da cognição, que é dada pela capacidade de transferir e produzir conhecimento técnico em saúde, aplicado aos seus processos produtivos, dentro de uma certa organização do trabalho; e a segunda, da subjetivação, que deve ser dada pela capacidade que têm certas pedagogias de promover mudanças na subjetividade (FRANCO, 2007, p.431).

Peduzzi et al. (2009), a educação no trabalho insere-se em um contexto em que há possibilidade tanto de reprodução da tecnicidade e da normatividade do trabalho, bem como da oportunidade de recomposição desses processos, de modo que os profissionais da saúde consigam responder de forma mais adequada às necessidades de saúde da população, com vista a garantir direitos e melhores práticas no serviço, na perspectiva do fortalecimento do SUS.

A educação permanente em saúde é o processo educativo que se dá “no” e “para” o trabalho em saúde, e para Franco (2010), trabalho é o lugar de produção de

cuidado, ao mesmo tempo em que é cenário de produção pedagógica, uma vez que coloca a realidade em análise e possibilita rever os atos produzidos pelos trabalhadores no cotidiano.

Os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática. Dessa forma, os profissionais de saúde devem aprender a aprender e ter responsabilidade e compromisso com a educação e o treinamento/ estágios das futuras gerações de profissionais, não apenas transmitindo conhecimentos, mas proporcionando condições para que haja benefício mútuo entre os futuros profissionais e os profissionais dos serviços (BRASIL, 2001a; 2001b; 2001c; 2004a).

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) explicita a emergência de romper com a lógica de compra e pagamento de produtos e procedimentos educacionais e ressalta a necessidade de mudança nos cenários institucionais de educação na saúde. Orienta ainda para a necessidade do encontro entre os diferentes sujeitos e a incorporação do novo a partir da ação-reflexão-ação no processo de trabalho. Expressa também a importância de romper com estruturas rígidas e hierarquizadas do ensino tradicional e, assim, se contrapõe às formas retas e acostumadas da produção do cuidado em saúde (FIGUEIREDO et al, 2015).

Nesse aspecto, Freire ressalta a necessidade da reflexão-ação crítica em que as pessoas se assumem como sujeitos que produzem saberes, contrapondo-se, assim, à lógica de transmissão-recepção de conhecimentos: É pensando criticamente a prática de hoje ou de ontem que se pode melhorar a próxima prática (FREIRE, 1996, p. 22). A EPS coloca os sujeitos da prática na condição de permanentes aprendizes, reconhecendo a vida cotidiana desses indivíduos como potencial espaço educativo (BRASIL, 2009).

Schön (1994), em discussão sobre a reflexão na ação, destaca que é possível construir conhecimentos com crescentes níveis de criticidade no cotidiano, usando como ferramenta o processo de reflexão e a observação do real. Dessa forma, diálogo, reflexão e observação crítica podem ser considerados como traços não acostumados que possibilitam análise constante do que acontece no cotidiano, transformando assim, as práticas profissionais e a própria organização do trabalho, pressupostos da EPS.

Segundo Ceccim e Ferla (2009), a EPS como “prática de ensino-aprendizagem” está relacionada à produção de conhecimentos no cotidiano das instituições de saúde,

a partir da realidade vivida pelos sujeitos envolvidos, tendo como base de interrogações os problemas enfrentados no dia a dia do trabalho e as experiências desses sujeitos. Como “política de educação na saúde”, a EPS representa a contribuição do ensino à construção do Sistema Único de Saúde, na medida em que tanto as políticas de saúde como as diretrizes curriculares nacionais para a formação dos profissionais da área buscam inovar na proposição de articulações entre o ensino, o trabalho e a cidadania.

O envolvimento dos trabalhadores tende a gerar maiores compromissos e a incorporação de responsabilidades com a equipe e com os usuários – quer dizer, de todos os sujeitos envolvidos no processo. Em virtude dessa mudança de paradigma, necessita-se incluir alterações na estrutura de gestão e de atenção, com a criação de novas formas de organização assistencial e gerencial, capazes de ver os sujeitos conforme suas necessidades e particularidades (BRASIL, 2004b).

A EPS pressupõe a participação crítica dos trabalhadores e o investimento na formação de sujeitos produtores de saberes e práxis transformadora. Ela vislumbra mudanças nos cenários institucionais de formação, promove a desestabilização das relações de poder entre os membros de equipes de saúde e contribui para a dialética do aprender e do ensinar com o outro.

Para Merhy (2009), a forma como lidamos com todas as dificuldades e surpresas que acontecem no trabalho produz um saber tão importante quanto aqueles saberes dos manuais. É o que chamamos de saberes da experiência, que vão compondo nossa caixa de ferramentas especiais, que fabricamos pelos nossos encontros e faseres, partindo do que estamos vivenciando e aprendendo, ali no cotidiano com os outros e comigo mesmo.

Ampliar a percepção do olhar permite de modo intencional dentro da visibilidade do que se quer ter, ver coisas que não se vê regularmente no mundo do trabalho: “o quanto no cotidiano do faser no campo de práticas se está permanentemente produzindo conhecimento” (MERHY, 2015).

Quando somos invadidos por novos regimes de visibilidades, por campo de afetações não previsíveis, em muitos casos, mas previsíveis em outros, novas possibilidades de mundos são criadas, e em muitos deles uma fragilidade se potencializa; da desprodução da vida, vira-se o contrário e tudo representa a EPS. E acontece que vai se produzindo novas possibilidades de conhecimentos para a ação no campo da saúde impactando o mundo tecnológico do cuidado, causando um deslocamento e

novo modo de olhar para o que antes já era um regime bem instituído de se ver, enxergar. Olhar e ver novos visíveis são em si novos acionamentos de formas de conhecimentos antes não dados (MERHY, 2014; MERHY, 2015; GOMES et al 2014).

Para Campos (2006) a formação profissional também ocorre no ambiente de trabalho, com os próprios colegas e com as outras profissões. A EPS sinaliza ainda, a necessidade de qualificação dos gestores e dos demais profissionais de saúde para uma prática comprometida com a consolidação do Sistema Único de Saúde - SUS. Sobre esta afirmativa Ceccim (2005), aponta:

Colocou-se em debate a formação e desenvolvimento para necessariamente gerar atores comprometidos e não para gerar profissionais mais ilustrados sobre o tema objeto das suas capacitações. /.../ não forjar profissionais que detenham o monopólio de um saber, um campo de conhecimento ou um conjunto de técnicas, mas profissionais que tenham compromisso com um objeto e com a sua transformação, a o que acrescentamos: em alteridade com os usuários e em composição de coletivos organizados para a produção da saúde (CECCIM, 2005, p.986).

A Política de Educação Permanente em Saúde parte dos pressupostos do ensino problematizador (produção do conhecimento em função dos problemas da prática) e da aprendizagem significativa (que promove e produz sentidos) e propõe que a transformação das práticas profissionais deva estar baseada na reflexão crítica sobre as práticas reais de profissionais reais em ação na rede de serviços (HADDAD, ROSCHKE E DAVINI, 1994).

Entende-se que se um problema tem significado para o indivíduo e é capaz de ser relacionado com suas experiências e seus conhecimentos prévios, então se pode desenvolver um aprendizado significativo (BRASIL, 2004; BRASIL, 2011).

Propõe-se, portanto, que os processos de qualificação dos trabalhadores da saúde tomem como referência (as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde) e tenham como objetivos (a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho e sejam estruturados a partir da problematização da atuação e da gestão setorial em saúde). (BRASIL, 2004, p. 10).

A aprendizagem é significativa quando uma nova informação passa a adquirir significado para o aprendiz mediante a uma ancoragem em aspectos relevantes da

estrutura cognitiva preexistente do indivíduo, em ideias, conceitos, proposições já existentes em sua estrutura de conhecimento, com específico grau de clareza, estabilidade e diferenciação. Ocorre uma interação entre o novo conhecimento e o já existente, onde ambos se modificam à medida que o conhecimento prévio vai subsidiar a atribuição de significados à nova informação. (AUSUBEL, 1982, apud MOREIRA, 1997).

Os principais argumentos que movem a EPS são: o estabelecimento de relações mais horizontais entre os trabalhadores de saúde, o rompimento com a lógica do ensino transmissor por meio de um ensino-aprendizagem problematizador e o comprometimento do trabalhador com a produção dos atos de saúde, favorecendo espaços coletivos para pensar, refletir e agir. Sua prioridade configura-se na articulação entre ensino e serviço, propondo 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. Fundamentada na análise dos processos de trabalho, nos seus problemas e desafios.

Neste sentido, a EPS aponta a necessidade de um processo de formação capaz de (des/re) formar o pensamento e de fomentar a participação crítica e ativa dos sujeitos na construção de seus conhecimentos com base na teoria e na prática. Nesta perspectiva, Pedro Demo (2007) refere que a prática, embora se beneficie da expressão concreta da realidade, tende a se converter em rotina, girando em torno de si mesma, associando-se a normas e valores em um sistema produtor de repetição. Nesse sentido, Freire (1993) reforça que o discurso teórico necessário à reflexão crítica tem que ter tal concretude que se confunda com a prática.

Vázquez (1990) dialoga com Freire quando afirma que “a teoria por si só não transforma o mundo real e torna-se prática quando penetra na consciência dos homens” (p. 127). Assim, teoria e prática isoladas em seus próprios contextos podem se tornar inférteis ou inoperantes e, portanto, pouco capazes de gerar práxis transformadora.

Freire (1996) reforça que a reflexão crítica sobre a realidade é um meio para que a teoria não seja apenas discurso, e a prática, simples ativismo.

O ser humano é, naturalmente, um ser da intervenção no mundo à razão de que faz a história. Nela, por isso mesmo, deve deixar suas marcas de sujeito e não pegadas de puro objeto (FREIRE, 1980, p. 119).

Vázquez (1990), pensando a relação dialética entre teoria e prática, adverte que a incorporação da primeira só se torna prática efetiva se for aceita pelos indivíduos. Esse aceite é condição essencial para uma ação transformadora. O autor escreve que é dessa forma que se constitui a práxis, como fruto de necessidades radicais e, sobretudo, humanas, passando do plano teórico ao prático.

A práxis em Vázquez implica na revolução e abertura a outros modos de ver e compreender a realidade. Favorece a desestabilização das relações de poder e de saber para operar a dialética do ensinar e do aprender com o outro, na qual quem ensina aprende ao ensinar e quem aprende ensina ao aprender. O autor salienta ainda, que a teoria só se torna fecunda se não perde os laços com a realidade e com o cotidiano, que é sua fonte inesgotável. Vázquez afirma que a teoria transforma apenas nosso conhecimento dos fatos e nossas ideias sobre as coisas, mas não as próprias coisas.

Ricaldoni e Sena (2006) destacam que o desafio da Educação Permanente está em estimular o desenvolvimento da consciência dos sujeitos em relação ao seu contexto, bem como seu envolvimento, participação e responsabilidade em seu processo educativo. Para que isso se torne efetivo, porém, é necessário rever os métodos de EPS utilizados, com processos sistematizados e participativos, tendo como cenário o próprio espaço de trabalho, no qual pensar e fazer são fundamentais no processo de aprender, ensinar e trabalhar.

Merhy (2005), defende uma maior reflexão do profissional de saúde em seu trabalho vivo em ato, para a própria autoanálise, e que é necessário do ponto de vista pedagógico abrir espaços relacionais para poder se falar e se implicar com isso.

Segundo Mendonça e Nunes (2011) a EPS trata de uma abordagem político-pedagógica, cujo discurso visa superar as concepções dicotômicas, a fim de estabelecer relações sistêmicas, organizadas em rede e a favor da vida.

A EPS não estabelece modelos e nem fórmulas, ao contrário, indica a plasticidade das práticas e a centralidade dos sujeitos na construção do trabalho e de redes solidárias de inclusão e proteção social (MENDONÇA e NUNES, 2011).

Barembliitt (2002), para os sujeitos sentirem-se protagonistas, é necessário que sejam empoderados pelo processo de autoanálise, ou seja, que se apropriem das

suas necessidades, seus desejos, suas demandas, seus problemas, soluções e limites, produzindo saberes acerca de si mesmo.

Para Silvia e Backes (2007), o desafio na ampliação das ações educativas no trabalho está em transcender da compartimentação para fazer surgirem propostas de educação que permitam maior participação dos sujeitos no processo e que sejam institucional e socialmente construídas. A ação educativa no trabalho pode ocorrer mediante a construção de espaços coletivos para avaliar as formas de projetar e intervir educativamente e refletir sobre elas.

A Educação Permanente em Saúde é um desafio necessário dadas às exigências cada vez mais complexas que se fazem no trabalho em saúde, para além da demanda por transmissão ou atualização de conhecimentos, mas para a consolidação de práticas voltadas a resolutividade dos problemas de saúde das populações locais (CECCIM, 2005).

Assim, a Educação Permanente em Saúde pode ser interpretada como uma estratégia do SUS para propiciar aos profissionais o desenvolvimento constante de seu aprendizado, na tentativa de resolução dos problemas relacionados à educação na saúde, incluindo nesse processo a qualificação e formação de trabalhadores da gestão ou da assistência, na tentativa de sanar o descompasso existente entre a formação técnica dos trabalhadores e as necessidades de saúde dos usuários.

Capítulo 3 MARCO METODOLÓGICO



CAPÍTULO III - MARCO METODOLÓGICO

3.1. ENFOQUE EPISTEMOLÓGICO DA INVESTIGAÇÃO

A pesquisa científica se apresenta como uma ferramenta para explorar e construir novos conhecimentos. Para a realização de uma pesquisa científica é necessária e fundamental a verificação e interpretação dos dados e informações adquiridas ao longo do processo, sob o amparo de técnicas científicas adequadas.

A palavra pesquisa deriva do termo em latim *perquirere*, que significa "procurar com perseverança". Segundo dicionário Aurélio, pesquisa é "investigação e estudo, minuciosos e sistemáticos, com fim de descobrir fatos relativos a um campo do conhecimento".

Minayo (1993, p. 23) denomina pesquisa como atividade básica das ciências na sua indagação e descoberta da realidade. É uma atitude e uma prática teórica de constante busca que define um processo intrinsecamente inacabado e permanente. É uma atividade de aproximação sucessiva da realidade que nunca se esgota, fazendo uma combinação particular entre teoria e dados.

Para ampliar essa discussão trazemos a contribuição do autor Kauark et al (2010), que conceitua pesquisa como algo que é o mesmo que busca ou procura, mas que visa a produção de novo conhecimento na tentativa de solucionar um problema e encontrar respostas e se produz ciência através de uma pesquisa que é "o caminho para se chegar à ciência, ao conhecimento" (2010, p.24). Dentro deste tema temos ainda a construção dos autores Prodanov e Freitas (2013), os quais conceituam pesquisa científica como uma atividade humana, cujo objetivo é conhecer e explicar os fenômenos e fornecer respostas às questões formuladas para obter os resultados pertinentes a essas indagações. Segundo estes autores:

A pesquisa científica é a realização de um estudo planejado, sendo o método de abordagem do problema o que caracteriza o aspecto científico da investigação. Sua finalidade é descobrir respostas para questões mediante a aplicação do método científico. A pesquisa sempre parte de um problema, de uma interrogação, uma situação para a qual o repertório de conhecimento disponível não gera resposta adequada. Para solucionar esse problema, são levantadas hipóteses que podem ser confirmadas ou refutadas pela pesquisa (PRODANOV; FREITAS, 2013, p. 52).

A metodologia é a arte de dirigir o espírito na investigação da verdade; estudo dos métodos e, especialmente, dos métodos das ciências. Para Prodanov e Freitas (2013), a metodologia é:

Compreendida como uma disciplina que consiste em estudar, compreender e avaliar os vários métodos disponíveis para a realização de uma pesquisa acadêmica. A Metodologia, em um nível aplicado, examina, descreve e avalia métodos e técnicas de pesquisa que possibilitam a coleta e o processamento de informações, visando ao encaminhamento e à resolução de problemas e/ou questões de investigação. A Metodologia é a aplicação de procedimentos e técnicas que devem ser observados para construção do conhecimento, com o propósito de comprovar sua validade e utilidade nos diversos âmbitos da sociedade (PRODANOV; FREITAS, 2013, p. 14).

Minayo (2002) em relação ao método diz que “[...] não é possível fazer ciência sem método”, ao discutir sobre epistemologia e método, pois exigem do pesquisador muitas indagações, opções teóricas e maneiras criativas para articular teoria e método.

No dicionário Aurélio método é um “procedimento organizado que conduz a um certo resultado, processo ou técnica de ensino, modo de agir, de proceder”, ou seja, método é o caminho pelo qual se atinge um objetivo; programa que regula previamente uma série de operações que se devem realizar, apontando erros evitáveis, em vista de um resultado determinado; processo ou técnica de ensino: método direto; modo de proceder; maneira de agir; meio (FERREIRA, 1987).

Para respondermos os questionamentos do nosso estudo optamos pela abordagem qualitativa que se caracteriza como um estudo aprofundado de uma dada realidade, procurando descrevê-la, analisá-la, interpretá-la e compreendê-la, tendo em vista os fatos que ocorrem e todos os envolvidos nesse processo. Deste modo, pode ser possível entender “o cotidiano e as experiências do senso comum, interpretadas e reinterpretadas pelos sujeitos que as vivenciam” (MINAYO, 2007, p. 24).

Para Fernandes (1991, p. 12), a escolha da pesquisa qualitativa se deve ao fato de que a análise qualitativa se caracteriza por buscar uma apreensão de significados na fala dos sujeitos, interligada ao contexto em que eles se inserem e delimitada pela abordagem conceitual (teoria) do pesquisador, trazendo à tona, na redação, uma sistematização baseada na qualidade, mesmo porque um trabalho desta natureza não tem a pretensão de atingir o limiar da representatividade.

González Rey (2006) refere-se a construção do conhecimento não se dá de uma forma preestabelecida, mas é orientada pela reflexão do pesquisador ao longo do processo, confrontando as informações coletadas nos momentos empíricos com a representação teórica que possui do objeto em estudo. O referido autor sinaliza ainda que a construção do conhecimento se dá através da participação ativa do pesquisador no processo de investigação e, associando à teoria da subjetividade, mostra a inexistência da neutralidade científica, a inevitável implicação do investigador e a impossibilidade de formulação de resultados finais com teorias absolutas sobre quaisquer assuntos.

Para Barbour (2009, p. 13), a pesquisa qualitativa,

Parte da ideia de que os métodos e a teoria devem ser adequados àquilo que se estuda. Se os métodos existentes não se ajustam a uma determinada questão ou a um campo concreto, eles serão adaptados ou novos métodos e novas abordagens serão desenvolvidos.

De acordo com Godoy (1995), a pesquisa qualitativa não procura enumerar e/ou medir os eventos estudados, nem emprega instrumental estatístico na análise dos dados, “envolve a obtenção de dados descritivos sobre pessoas, lugares e processos interativos pelo contato direto do pesquisador com a situação estudada, procurando compreender os fenômenos segundo a perspectiva dos sujeitos, ou seja, dos participantes da situação em estudo” (GODOY, 1995, p.58).

Já na compreensão de Minayo (2010), a metodologia proposta vai além da teorização exacerbada, bem como da neutralidade inalcançável, pois critica a objetivação dos processos e dos produtos metodológicos, se propondo a evidenciar o conjunto de representações e construções humanas a partir de significados e intencionalidades, isto é, há que produzir conhecimento válido a partir do rigor metodológico.

Diante dessas afirmações, a problemática elaborada nesta pesquisa se distancia de qualquer teoria positivista por desacreditar no ideal da neutralidade epistêmica, por desconsiderar que as ciências sejam dogmáticas, universais, estáticas, puras, neutras, objetivas e inquestionáveis, no trato de fenômenos tão dinâmicos como os fenômenos sociais.

A construção do percurso metodológico do estudo em questão concretiza-se num processo dinâmico de compreensão do objeto de pesquisa, a partir de reflexões

críticas da realidade, em diálogo com os saberes dos sujeitos pesquisadores. O que corrobora com o pensamento de Gómez (1999 apud GONZAGA, 2006), o qual descreve que não podemos analisar a pesquisa num ambiente afastado da realidade humana, posto que a investigação traz consigo um encargo de valores, preferências, interesses e princípios que norteiam o pesquisar, coletando informações da realidade com a finalidade de compará-las através do método, formato e objetivo a que se propõe.

3.2. TIPO DE ESTUDO E SUA JUSTIFICAÇÃO

Para a consecução da ação descrita no presente estudo, analisar os saberes desenvolvimento nas formações executadas pela Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco, na perspectiva dos pressupostos da Educação Permanente em Saúde, optamos por desenvolver o método de investigação qualitativa, e dentre os objetivos das abordagens qualitativas elegemos um estudo de natureza exploratória e descritiva. E para a obtenção dos dados necessários para o resultado do estudo utilizamos de procedimentos técnicos de pesquisa estruturada, a saber: grupo focal, entrevista semiestruturada e análise documental.

Triviños (1987) refere que a abordagem de cunho qualitativo trabalha os dados buscando seu significado, tendo como base a percepção do fenômeno dentro do seu contexto. O uso da descrição qualitativa busca realizar uma descrição precisa dos fatos investigados, obtendo diversos dados sobre a realidade investigada, procurando captar não só a aparência do fenômeno como também suas essências, procurando explicar sua origem, relações e mudanças, e tentando intuir as consequências.

Ainda de acordo com Triviños (1987, p.132), é desejável que a pesquisa qualitativa tenha como característica a busca por:

[...] uma espécie de representatividade do grupo maior dos sujeitos que participarão no estudo. Porém, não é, em geral, a preocupação dela a quantificação da amostragem. E, ao invés da aleatoriedade, decide intencionalmente, considerando uma série de condições (sujeitos que sejam essenciais, segundo o ponto de vista do investigador, para o esclarecimento do assunto em foco; facilidade para se encontrar com as pessoas; tempo do indivíduo para as entrevistas, etc).

Segundo Selltize et al. (1965), a pesquisa descritiva busca descrever um fenômeno ou situação em detalhe, especialmente o que está ocorrendo, permitindo abranger, com exatidão, as características de um indivíduo, uma situação, ou um grupo, bem como desvendar a relação entre os eventos.

Contribuindo neste contexto conceitual de pesquisa do tipo descritiva Cervo, Bervian e Silva (2007) afirmam que a pesquisa descritiva:

Desenvolve-se, principalmente, nas ciências humanas e sociais, abordando aqueles dados e problemas que merecem ser estudados, mas cujo registro não consta em documentos. Os dados ocorrem em seu habitat natural, precisam ser coletados e registrados ordenadamente para seu estudo propriamente dito. Trata-se do estudo e da descrição das características, propriedades ou relações existentes na comunidade, grupo ou realidade pesquisada (CERVO, BERVIAN E SILVA, 2007, p. 62).

No que se refere à pesquisa de natureza exploratória, Prodanov e Freitas (2013), afirmam que:

A pesquisa exploratória possui planejamento flexível, o que permite o estudo do tema sob diversos ângulos e aspectos. Em geral, envolve: levantamento bibliográfico; entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado; análise de exemplos que estimulem a compreensão (PRODANOV; FREITAS, 2013, p. 52).

Corroborando com outros estudiosos do tema, Gil (2007) confere a pesquisa exploratória, tem o objetivo de proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a constituir hipóteses. Pode-se dizer que este tipo de pesquisa tem como objetivo principal o aprimoramento de ideias ou a descoberta de intuições.

3.3. DESIGN DA INVESTIGAÇÃO

Para a realização deste estudo propusemos a abordagem qualitativa, por compreendê-la como um estudo aprofundado de uma dada realidade.

Teixeira (2003), em seus estudos, identifica três elementos básicos existentes no design da pesquisa, a saber:

O design da pesquisa constitui-se de três elementos básicos: a orientação filosófica ou paradigma balizador do estudo, o arcabouço teórico que sustentará os achados da pesquisa, além do método e das técnicas empregadas no desenvolvimento da investigação. Esses elementos do design são ao mesmo tempo indispensáveis e indissociáveis na pesquisa científica, e podem ser identificados ao longo do processo de novas descobertas. (Teixeira, 2003, p. 182).

Para o alcance dos resultados utilizamos os procedimentos técnicos de grupo focal, entrevista semiestruturada e análise documental.

O uso da técnica de grupo focal se tornou uma importante ferramenta nas pesquisas qualitativas para coleta de dados, em diversas áreas do conhecimento. Seu emprego insurgiu na década de 40, quando fora utilizado por Paul Lazarsfeld, Robert Merton e colegas na Agência de Pesquisa Social Aplicada da Universidade de Colúmbia, para testar as reações às propagandas e transmissões de rádio durante a Segunda Guerra Mundial. Referindo-se originalmente ao que denominaram “entrevistas focais” (MERTON E KENDALL, 1946). Os grupos focais podem ser utilizados como único método ou podem estar associados à modelo de múltiplos métodos, sejam eles métodos qualitativos ou quantitativos.

Barbour (2009) refere que esta metodologia apresenta a vantagem de ao mesmo tempo em que analisamos as declarações e relatos sobre as experiências e eventos vivenciados pelos pesquisados, nos coloca diante dos contextos interacionais em que essas declarações e esses relatos são produzidos.

A citada autora reforça que o pesquisador diante deste método, deve estar atento aos estímulos necessários a execução do trabalho que desenvolve, lembrando:

O estímulo ativo à interação do grupo está relacionado, obviamente, a conduzir a discussão do grupo focal e garantir que os participantes conversem entre si em vez de somente interagir com o pesquisador ou “moderador” (BARBOUR, 2009, p. 21).

Na opinião de Plummer-D'amato (2008), o grupo focal é uma técnica que tem como objetivo identificar dados relacionados às atitudes, entendimentos, percepções de um certo grupo de pessoas, a respeito de determinada situação ou tema.

Para Ashidamini e Saupe (2004) o propósito do grupo focal consiste na interação entre os participantes e pesquisador para a coleta de dados, a partir da discussão com foco em tópicos específicos e diretivos, assim os grupos focais têm

sido largamente utilizados por vários profissionais no desenvolvimento de pesquisas em saúde, educação em saúde, implementação e avaliação de programas, entre outras aplicações.

Como instrumento técnico a entrevista é a metodologia de pesquisa mais utilizada no meio social por diferentes profissionais a partir de diferentes interesses.

Em relação à entrevista Minayo et al. (2011) identifica que é um instrumento onde o investigador produz os dados a serem utilizados na interação direta com os sujeitos. E indica que a entrevista apresenta dois sentidos, a saber:

O sentido amplo de comunicação verbal, e o sentido restrito de coleta de informações sobre determinado tema científico, é a estratégia mais usada no processo de trabalho de campo. Entrevista é acima de tudo uma conversa a dois, ou entre vários interlocutores realizada por iniciativa do entrevistador. Elas têm o objetivo de construir informações pertinentes para um objeto de pesquisa, e abordagem pelo entrevistador, de temas igualmente pertinentes com vistas a este objetivo (MINAYO ET AL. 2011, p.64).

Para Marconi e Lakatos (2010, p.178) as entrevistas constituem-se em técnicas de coletas de dados, que permitem a “investigação social, para a coleta de dados ou para ajudar no diagnóstico ou no tratamento de um problema social”.

Gil (1999), descreve que a entrevista consiste na ação em que pesquisador e pesquisado ficam frente a frente e o pesquisador formula perguntas de acordo com o seu interesse de pesquisa. Aponta algumas vantagens e limitações deste instrumental, a saber:

Vantagens:

- Possibilita a obtenção de dados referentes aos mais diversos aspectos da vida social;
- Eficiente para a obtenção de dados em profundidade acerca do comportamento humano;
- Os dados podem ser classificados ou quantificados;
- Não exige que a pessoa saiba ler ou escrever;
- Possibilita maior número de respostas, pois é difícil negar-se a ser entrevistado;
- Flexibilidade maior; e

- Possibilita captar a expressão corporal do entrevistado.

Limitações:

- Falta de motivação do entrevistado;
- Inadequada compreensão das perguntas;
- Respostas falsas;
- Incapacidade do entrevistado em responder adequadamente;
- Influência do pesquisador sobre o entrevistado;
- Influência das opiniões pessoais do entrevistador sobre as respostas; e
- Custos com treinamento e aplicação.

A análise documental, segundo Gil (1999), é muito semelhante à pesquisa bibliográfica. A grande diferença essencial entre ambas está na natureza das fontes: enquanto a bibliográfica se utiliza fundamentalmente das contribuições de diversos autores, a documental vale-se de documentos que podem já terem sido usados por outros pesquisadores, mas que cada um trabalhará estes documentos de acordo com as perspectivas e objetivos de sua investigação. Os acervos onde estes documentos podem ser localizados são diversos, podendo estar em arquivos, bibliotecas ou outras instituições.

Segundo Lakatos e Marconi (2001), a análise documental é a coleta de dados em fontes primárias, como documentos escritos ou não, pertencentes a arquivos públicos; arquivos particulares de instituições e domicílios, e fontes estatísticas.

3.4. PRINCÍPIO DA TRIANGULAÇÃO METODOLÓGICA

Ao longo dos anos estudiosos de diversas áreas do conhecimento veem discutindo acerca da triangulação de métodos de coleta, análise e interpretação de dados aplicados em investigações científicas. Na área de ciências humanas encontramos: (Hussein, 2009; Konecki, 2008; Moran-Ellis, Alexander, Cronin, Dickinson, Fielding, & Thomas, 2006; dentre outros), nas ciências da saúde (Duffy, 1987; Morse, 1991; dentre outros), e na área de administração (Eisenhardt, 1989; Ikeda, 2009; Teixeira et al., 2012; Yauch & Steudel, 2003; Yin, 2010). Sua concepção inicia-se nos anos 50 com os estudos na área de psicologia por Campbell & Fiskie

(1959), através da ideia de multiple operationism, até a sua popularização nos anos 80 (BAZELEY, 2002).

A triangulação pode combinar métodos e fontes de coleta de dados qualitativos e quantitativos (entrevistas, questionários, observação e notas de campo, documentos, além de outras), assim como diferentes métodos de análise dos dados: análise de conteúdo, análise de discurso, métodos e técnicas estatísticas descritivas e/ou inferenciais, etc. Seu objetivo é contribuir não apenas para o exame do fenômeno sob o olhar de múltiplas perspectivas, mas também enriquecer a nossa compreensão, permitindo emergir novas ou mais profundas dimensões. Ela contribui para estimular a criação de métodos inventivos, novas maneiras de capturar um problema para equilibrar com os métodos convencionais de coleta de dados.

Segundo Minayo et al (2005), a triangulação de métodos, se caracteriza como uma estratégia de pesquisa que se apoia em métodos científicos testados e consagrados, servindo e adequando-se a determinadas realidades, com fundamentos interdisciplinares, permitindo que os diversos instrumentos utilizados na recolha dos dados sejam confrontados.

Yin (2001), considera a triangulação de metodologias como uso de múltiplas fontes de evidências para tornar as conclusões do estudo de caso mais acuradas do que se utilizada apenas uma fonte única de informação. Para corroboração do fato investigado sugere-se o desenvolvimento da convergência de linhas de investigação, isto é, convergência num resultado por meio de triangulação de fontes de evidências.

O uso de várias fontes de evidências [...] permite que o pesquisador se dedique a uma ampla diversidade de questões históricas, comportamentais e de atitudes. A vantagem mais importante, no entanto, é o desenvolvimento de linhas convergentes de investigação [...] (YIN, 2001, p. 121).

Na triangulação de métodos é comum executar combinação de vários instrumentos de coleta de dados, a saber: questionários, observação-participante, entrevistas em profundidades, histórias de vida, história oral, grupo de focal, pesquisa documental e bibliográfica.

Na técnica de triangulação de método, recomenda-se, em primeiro lugar, focar os processos e produtos elaborados pelo pesquisador; em segundo lugar, o enfoque deve ser direcionado para os elementos produzidos pelo meio institucional, técnico,

social e está representado pelo registro nos documentos; e a terceira está voltada para os processos e produtos originados da estrutura socioeconômica e cultural do macro-contexto social no qual o sujeito e o objeto a ser estudado estão inseridos de forma interdependente (TRIVIÑOS, 1987 apud CORDEIRO 2008).

Denzin e Lincoln (2005) definem a triangulação de forma mais ampla, consideram ser uma combinação de metodologias diferentes para analisar o mesmo fenômeno, de modo a consolidar a construção de teorias sociais. Para ambos os autores, trata-se de uma alternativa qualitativa para a validação de uma pesquisa que, ao utilizar múltiplos métodos de pesquisa, assegura a compreensão mais profunda do fenômeno investigado.

Flick (2009a; 2009c; 2013) refere que o termo triangulação designa a combinação de diferentes métodos, grupos de estudo, ambientes, períodos de tempo e perspectivas teóricas para lidar com um fenômeno. Para o autor ela tanto pode ser utilizada por meio da aplicação de múltiplos métodos qualitativos quanto constituir uma mistura destes com procedimentos quantitativos. Para este autor o método de triangulação significa assumir diferentes visões a respeito da questão de pesquisa que se busca responder, combinando-se distintos tipos de dados sob uma abordagem teórica e produzindo-se um conhecimento adicional em relação ao que seria possível adotando-se uma única perspectiva.

Stake (2011) descreve a triangulação como método que utiliza dados adicionais para validar ou ampliar as interpretações feitas pelo pesquisador, adotando diferentes percepções para esclarecer o significado por meio da repetição das observações ou interpretações.

Nesse estudo perpetrarmos a combinação de métodos de coleta dos dados, com a utilização de grupo focal, de entrevista semiestruturada e de análise documental, objetivando a convergência e complementação de resultados sem qualquer preferência ou superioridade entre os instrumentos e os métodos, a fim de expandir o entendimento da realidade investigada.

De um modo geral, a triangulação é uma ferramenta útil ao pesquisador que contará com um amplo arcabouço de metodologias que o auxiliará em suas conclusões.

3.5. PRINCÍPIO DA VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTOS

O método de coleta de dados em uma pesquisa, deve ser planejado para que os procedimentos determinados possam garantir indicadores de confiabilidade. Esta decisão dependerá do desenho da pesquisa e da seleção de instrumentos de medidas adequados e precisos (ALEXANDRE, COLUCI, 2011).

A validade de um instrumento se dá quando sua construção e aplicabilidade permitem a fiel mensuração do que se pretende mensurar, ou seja, se o conteúdo de um instrumento analisa de forma efetiva, os requisitos para mensurar os fenômenos a serem investigados (JÚNIOR; MATSUDA, 2012).

A presente pesquisa atendeu todas as considerações feitas pela Resolução nº 466/12 (Diretrizes e Normas Regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos) e Resolução nº 510/2016 (Normas Aplicáveis a Pesquisas em Ciências Humanas e Sociais), ambas do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e do Ministério da Saúde (MS).

Após a elaboração do projeto de pesquisa e dos instrumentos de coleta dos dados (Apêndices A, B, C e D), ambos encaminhamos para a Comissão de Ética, através da Plataforma Brasil – Conselho Nacional de Saúde, por se tratar de pesquisa com seres humanos. Define-se como pesquisa envolvendo seres humanos toda aquela que individual ou coletivamente, tenha como participante o ser humano, em sua totalidade ou partes dele, e o envolva de forma direta ou indireta, incluindo o manejo de seus dados, informações ou materiais biológicos (BRASIL, 2012). Elementos como: respeito, diálogo, sigilo na divulgação de dados; elementos que envolvam a ética devem estar presentes nas pesquisas que envolvem seres humanos.

Para Moita e Couceiro (1995), “o foco da reflexão ética incide sobre o respeito à dignidade humana, o respeito mútuo, sobre a solidariedade, o diálogo (para superar desavenças ou conflitos), a justiça social e, sobretudo, sobre as consequências das ações humanas”. (MOITA E COUCEIRO, 1995, p. 06).

Em observância aos aspectos éticos que norteiam a realização de pesquisa com seres humanos, este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Agamenon Magalhães, e seu relatório de aprovação encontra-se no endereço da plataforma Brasil, a seguir: <https://plataformabrasil.saude.gov.br/visao/pesquisador/gerirPesquisa/gerirPesquisaAgrupador.jsf>, sob o parecer número 4.183.205.

A coleta de dados iniciou-se após a emissão do parecer de aprovação pelo Conselho de Ética (Apêndice E).

O projeto de pesquisa foi encaminhado para a Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco - ESPPE, para apreciação e assinatura da Carta de Anuência da Instituição. Durante as etapas da pesquisa, foi garantido à ESPPE esclarecimentos e confidencialidade dos dados, podendo a mesma revogar a qualquer tempo a Carta de Anuência. A instituição não teve nenhuma despesa com o desenvolvimento da referida pesquisa.

Todos os sujeitos da pesquisa receberam uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), onde foram apresentados os objetivos, riscos e benefícios da pesquisa, assim como assegurados seus direitos de sigilo de identificação e de retirada do consentimento de participação da pesquisa, a qualquer tempo, sem que lhe seja imputada qualquer sanção. Após os esclarecimentos, todos os participantes assinaram o TCLE, como representação do seu aceite em participar da pesquisa.

3.6 - UNIDADES DE ANÁLISE

Para a obtenção de informações acerca de determinados assuntos são necessárias a realização de pesquisas. Teixeira (2003) apud Alves-Mazzotti e Gewandsznajder (1998) confere que a unidade de análise é:

A forma pela qual os dados são organizados. A definição da unidade de análise requer a decisão sobre o que interessa investigar, que pode ser uma organização, um grupo, diferentes grupos em uma comunidade ou determinados indivíduos. Embora a necessidade de que cada um desses casos tenha uma unidade de análise distinta, nada impede que se utilize mais de uma unidade de análise no mesmo estudo (2003, p. 193-194)

A pesquisa científica é a realização concreta de uma investigação planejada, desenvolvida e redigida de acordo com as normas da metodologia consagradas pela ciência (RUIZ, 1991), que devem estar pautadas na ética, que segundo Fiorentini & Lorenzato (2009) revelam:

No caso específico da pesquisa, os questionamentos éticos dizem respeito, entre outros, aos direitos dos entrevistados, ao

respeito e bem-estar dos participantes, à preservação da identidade das pessoas envolvidas, aos usos e abusos das informações e citações de outros autores, à fidedignidade das informações, às implicações sociais e políticas da pesquisa (FIORENTINI & LORENZATO, 2009, p. 196).

O estudo ora apresentado tem o foco nas formações desenvolvidas para profissionais de saúde, no Estado de Pernambuco, tomando com parâmetro os pressupostos da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Para a realização desta pesquisa, buscamos a Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco, a qual executa formação para os profissionais de saúde do Estado de Pernambuco. Cujo objetivo principal é a analisar os saberes trabalhados nas formações executadas pela Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco, com os pressupostos da Educação Permanente em Saúde.

3.7. PROCEDIMENTOS DA COLETA DE DADOS

A coleta de dados de pesquisa é um processo de apuração de informações para comprovar uma problemática levantada. Para isso, são desenvolvidas técnicas de averiguação. Os instrumentos de coleta de dados de pesquisa são as ferramentas que farão parte do processo de coleta, levantamento e, por fim, tratamento das informações e divulgação dos resultados.

Sobre o percurso metodológico Rodrigues (2006, p. 92) sugere:

A escolha das técnicas de coleta de dados a serem empregadas deverá estar de acordo com o problema, as hipóteses e os objetivos da pesquisa. E dependerá também dos sujeitos a serem pesquisados, do tempo disponível para realização da pesquisa, dos recursos financeiros e humanos e de outros elementos que possam surgir no desenvolvimento da pesquisa. Na coleta de dados, são mais utilizados: a observação, a entrevista, o formulário e o questionário.

Desta forma, a coleta dos dados da investigação se realiza a partir das informações capturadas através dos instrumentais de grupo focal, entrevista semiestruturada e análise documental.

3.7.1. GRUPO FOCAL

Após a Segunda Guerra Mundial, métodos de grupos focais foram adotados pela pesquisa com emissão de mensagens, marketing e opinião pública. Na área de marketing, esse método é atualmente bastante difundido, mas diferencia-se de sua aplicação nas Ciências Sociais, pois é comumente utilizado para a geração de dados em relação à percepção do público sobre produtos específicos ou campanhas neste segmento.

No final do século passado, a técnica de grupos focais ganhou significativa importância nas Ciências Sociais, quando passou a ser adaptada ao uso na investigação científica como complementar às técnicas quantitativas de análise.

Atualmente, a referida técnica é bastante utilizada por pesquisadores da área da Saúde, Psicologia e Ciências Sociais (ARANTES, 2013).

Alguns pesquisadores têm falado com grande entusiasmo sobre o potencial dos grupos focais. Johnson (1996) considera que os grupos focais podem estimular mudanças significativas e levar participantes a redefinirem seus problemas de uma forma mais politizada.

Barbour (2009, p. 30) refere que grupos focais são:

Valorizados pela capacidade de fornecer respostas imediatas e, portanto, de antecipar tendências de mercado, em vez de ser por sua capacidade de obter informações detalhadas do tipo geralmente requerido por pesquisadores de serviços de saúde e cientistas sociais.

Para a referida autora, é justamente a capacidade de injetar alguma estrutura que dá aos grupos focais uma vantagem, além dos vários insights possíveis de serem elucidados por meio da interação com os participantes, no momento em que os dados são gerados. Observe-se que o desejo de se aproximar da “espontaneidade” sugere uma espécie de naturalidade para os fenômenos a serem investigados.

A citada autora, indica ainda alguns pontos positivos para a execução dessa metodologia, a saber:

1. Os grupos focais se encaixam no paradigma geral da pesquisa qualitativa;
2. Grupos focais são um método versátil e podem ser utilizados de diferentes maneiras, dependendo da tradição qualitativa específica informando o estudo em questão;

3. Se usados com seu potencial máximo, os grupos focais têm condições de transcender os objetivos mais limitados de proporcionar descrições e podem fornecer explicações, dado que seja dedicada a devida atenção ao planejamento da pesquisa e, em particular, à amostragem. (BARBOUR, 2009, p.65).

Grupo focal na visão de Kitzinger (2000), é uma forma de entrevistas com grupos, baseada na comunicação e na interação. Seu principal objetivo é reunir informações detalhadas sobre um tópico específico (sugerido por um pesquisador, coordenador ou moderador do grupo) a partir de um grupo de participantes selecionados. Ele busca colher informações que possam proporcionar a compreensão de percepções, crenças, atitudes sobre um tema, produto ou serviços.

O grupo focal pode, ainda, ser entendido como uma entrevista, em profundidade (OLIVEIRA E FREITAS, 1998). Este é formado por seis a oito pessoas, que se encontram em um ambiente confortável por uma a duas horas. Os participantes e o moderador sentam em um círculo, de forma que possa haver um contato frente a frente de cada um. O papel do moderador é de facilitar o processo de discussão, e sua ênfase está nos processos psicossociais que surgem (GONDIM, 2003; BAUER; GASKELL, 2011).

O grupo focal difere da entrevista individual por basear-se na interação entre as pessoas para obter os dados necessários à pesquisa. Sua formação obedece a critérios previamente determinados pelo pesquisador, de acordo com os objetivos da investigação, cabendo a este a criação de um ambiente favorável à discussão, que propicie aos participantes manifestar suas percepções e pontos de vista (PATTON, 1990; MINAYO, 2000).

Antes de iniciarmos o grupo apresentamos aos participantes os objetivos, os riscos e os benefícios da pesquisa, assim como foram assegurados seus direitos de sigilo de identificação e de retirada do consentimento de participação da pesquisa, a qualquer tempo, sem que lhe seja imputada qualquer sanção.

Para a aplicação desta metodologia os pesquisados foram estimulados a discorrerem sobre:

- concepção de educação permanente em saúde;
- organização curricular e planejamento dos cursos;
- metodologias aplicadas nas formações;
- aplicação dos pressupostos durante as formações.

O grupo focal foi gravado e posteriormente analisado conforme aplicação da metodologia da Análise do Discurso – AD, por enfatizar a importância de cada participante. A escolha por essa metodologia se deu no fato de que o seu objeto de análise se refere ao discurso

Quadro 2: Descrição das categorias do Grupo Focal, aplicada aos sujeitos da pesquisa.

Descrição das categorias do Grupo Focal, aplicada aos sujeitos da pesquisa.	
Q1	Concepção de Educação Permanente em Saúde
Q2	Organização curricular e planejamento dos cursos
Q3	Metodologias aplicadas nas formações.
Q4	Aplicações dos pressupostos da Educação Permanente em Saúde nas formações.

3.7.2. ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Para Marconi e Lakatos (2007), existem diferentes tipos de entrevistas que variam de acordo com o propósito do entrevistador, destacam:

a) padronizada ou estruturada que se realiza de acordo com um formulário elaborado e é efetuada de preferência com pessoas selecionadas. O entrevistador segue um roteiro estabelecido previamente, as perguntas feitas são predeterminadas;

b) despadronizada ou não estruturada, o entrevistado tem liberdade para desenvolver cada situação em qualquer direção que considere adequada. É uma forma de poder explorar amplamente as questões. As perguntas são abertas e podem ser respondidas dentro de uma conversação informal;

c) painel consiste na repetição de perguntas de tempo em tempo às mesmas pessoas, a fim de estudar a evolução das opiniões em períodos curtos.

Marconi e Lakatos (2010) descrevem os passos centrais na preparação das entrevistas:

- Planejamento da entrevista, considerando-se o propósito do estudo;
- Conhecimento prévio do entrevistado;

- Agendamento da entrevista, visa as melhores condições para sua realização;
- Focar atores sociais que são peças-chaves no grupo;
- Conhecer a realidade investigada;
- Organização prévia das questões e da forma de execução da entrevista.

Para Flick (2004), as entrevistas com roteiros semiestruturados em comparação com as entrevistas padronizadas ou com os questionários facilitam o processo de obtenção de informações, a partir do ponto de vista dos entrevistados. Em função de sua flexibilidade, permitem ao pesquisador incluir e excluir determinadas questões ou ainda efetuar alterações na ordem das questões, em virtude das respostas obtidas.

De acordo com Trivinõs (1987, p. 146), a entrevista semiestruturada pode ser conceituada como sendo:

[...] aquela que parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses, que interessam à pesquisa, e que, em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem respostas do informante. Desta maneira, o informante, seguindo espontaneamente a linha de seu pensamento e de suas experiências dentro do foco principal colocado pelo investigador, começa a participar na elaboração do conteúdo da pesquisa.

As entrevistas semiestruturadas foram realizadas a partir de perguntas previamente estabelecidas pela pesquisadora. Sendo aplicadas em dois grupos: o grupo dos docentes e grupo dos gestores e área técnica (coordenadores de curso). No grupo dos docentes tivemos a participação de quatro entrevistados. As perguntas foram divididas em três eixos, o primeiro refere-se ao perfil dos sujeitos, destacando: sexo, idade, estado civil, escolaridade, tempo de serviço como docente, categoria funcional.

O segundo eixo refere-se ao conhecimento sobre educação permanente em saúde, estruturado em dois tópicos: Você conhece ou já ouviu falar sobre Educação Permanente em Saúde? Em sua opinião quais os desafios, limites e possibilidades da Educação Permanente em Saúde?

O terceiro e último eixo refere-se ao desenvolvimento da formação, com abordagem em quatro tópicos, a saber: Como se processa o planejamento das

atividades em sala de aula? De que forma são construídos os saberes em sua disciplina? Em sala de aula como é articulada a relação entre teoria e prática? Os conhecimentos produzidos e sistematizados em sala de aula são estimulados nos espaços e práticas de trabalho dos alunos?

Na categoria dos gestores e área técnica (coordenadores de curso) tivemos a participação de quatro entrevistados, sendo dois da gestão e dois da área técnica. As perguntas foram divididas em três eixos, o primeiro refere-se ao perfil dos sujeitos, destacando: sexo, idade, estado civil, escolaridade, tempo de serviço como docente, categoria funcional.

O segundo eixo refere-se ao conhecimento sobre educação permanente em saúde, estruturado em dois tópicos: Você conhece ou já ouviu falar sobre Educação Permanente em Saúde? Em sua opinião quais os desafios, limites e possibilidades da Educação Permanente em Saúde?

O terceiro eixo abordamos o desenvolvimento da formação, com quatro tópicos: Como se dá a identificação da necessidade de aprendizagem por parte dos trabalhadores da Rede de Saúde? Como se processa o planejamento das atividades da Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco? Como ocorre a seleção dos docentes e dos alunos da Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco? Como são estruturadas as temáticas trabalhadas pelos docentes em sala de aula?

Quadro 3: Descrição das categorias da Entrevista Semiestruturada, aplicada aos sujeitos da pesquisa.

Descrição das categorias da Entrevista Semiestruturada, aplicada aos sujeitos da pesquisa.	
Q1	Perfil dos sujeitos pesquisados.
Q2	Conhecimento sobre Educação Permanente em Saúde.
Q3	Desenvolvimento da formação.

3.7.3. ANÁLISE DOCUMENTAL

A técnica de coleta de dados, denominada análise documental, costuma ser uma das primeiras atividades para a operacionalização de uma investigação científica.

Isto ocorre porque a técnica documental permite que o pesquisador possa coletar informações prévias sobre os tópicos de interesse da sua pesquisa (MARCONI E LAKATOS, 2009). Os documentos coletados podem estar em formato escrito ou não, como é o caso de fotografias, gravações de áudio ou vídeo, etc.

A análise documental pode complementar a pesquisa, subsidiando dados encontrados por outras fontes, no sentido de corroborar a confiabilidade dos dados (MARTINS; THEOPHILO, 2009).

De acordo com Gil (2008) a pesquisa documental,

Assemelha-se muito à pesquisa bibliográfica. A única diferença entre ambas está na natureza das fontes. Enquanto a pesquisa bibliográfica se utiliza fundamentalmente das contribuições dos diversos autores sobre determinado assunto, a pesquisa documental vale-se de materiais que não receberam ainda um tratamento analítico, ou que ainda podem ser reelaborados de acordo com os objetivos da pesquisa (Gil, 2008, p.51).

Inicialmente, foi realizada uma análise dos documentos que registram o surgimento e o desenvolvimento da ESPPE, com embasamento das formações ocorridas, a saber: regimento interno, plano de curso, projeto político pedagógico, plano de aula, plano de educação permanente em saúde de Pernambuco.

3.8. PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DA INFORMAÇÃO

As pesquisas qualitativas geralmente lidam com um grande volume de informações que precisam ser catalogadas, categorizadas e separadas, para que no momento da interpretação as informações sejam organizadas de modo que tenham coerência e sentido e, segundo Teixeira (2003, p. 193) “esse processo é complexo, não-linear e implica um trabalho de redução, organização e interpretação dos dados que se inicia já na fase exploratória e acompanha todo o ciclo da investigação”.

Dey (2003, apud SAMPIERE et. al 2013), afirma que nos estudos qualitativos, a análise dos dados não está completamente determinada, mas sim é “pré figurada, coreografada ou esboçada”, ou seja, começa-se a efetuar sob um plano geral, entretanto, seu desenvolvimento vai sofrendo modificações de acordo com os resultados. (DEY, 2003, apud SAMPIERE et. al 2013, p.489).

Gomes (Apud MINAYO, 2015, p.79), contribui dizendo que a “análise e interpretação de dados em pesquisa qualitativa não tem a finalidade de contar opiniões de pessoas: seu foco principal é a exploração do conjunto de opiniões e representações sociais sobre o tema que se pretende investigar”.

Segundo Minayo (2014) “a expressão mais comumente usada para representar o tratamento dos dados de uma pesquisa qualitativa é análise de conteúdo”, que é “mais do que um procedimento técnico”, e conclui:

Análise de conteúdo diz respeito a técnicas de pesquisa que permitem tomar replicáveis e válidas inferências sobre dados de um determinado contexto, por meio de procedimentos especializados e científicos. Em comum, as definições ressaltam o processo de inferência. A Análise de Conteúdo, como técnica de tratamento de dados, possui a mesma lógica das metodologias quantitativas, uma vez que busca a interpretação cifrada do material de caráter qualitativo (MINAYO, p. 303-304).

Iniciamos as análises do estudo a partir da coleta de documentos da instituição, a saber: regimento interno, plano de curso, projeto político pedagógico, plano de aula, plano de educação permanente em saúde de Pernambuco. Após a coleta dos documentos, se seguiu a análise documental, com o aporte teórico da Análise de Discurso (AD) procurando ver na produção discursiva dos documentos os sentidos e significações que emergem. Na análise do discurso procurou-se também identificar a origem do documento, quando possível quem ou a equipe que o redigiu para entender o aporte ideológico do mesmo. Isto representa o primeiro item na Análise de Discurso que são as formas e produção do discurso.

Para análise dos dados obtidos por meio do grupo focal e das entrevistas, utilizamos a ferramenta metodológica de Análise do Discurso (AD), para uma melhor interpretação do discurso. “É pelo discurso que melhor se compreende a relação entre linguagem/pensamento/mundo, porque o discurso é uma das instâncias materiais (concreta) dessa relação” (ORLANDI, 2007, p.12).

Orlandi (2007) refere ainda que o discurso pode ser entendido como uma prática social que permite aos sujeitos se posicionarem no mundo, emitirem seus juízos e opiniões, calar ou falar suas ideologias, convencer o outro, dizer o que quer e o que pensa.

A interpretação do discurso “é um ‘gesto’, ou seja, é um ato no nível simbólico. [...] A interpretação é o vestígio do possível. É o lugar próprio da ideologia e é

‘materializada’ pela história. [...]. Ela sempre se dá de algum lugar da história e da sociedade [...]”. O gesto de interpretação é assumido, sendo um gesto simbólico que dá sentido fazendo a significação. “Não há sentido sem interpretação”, portanto deverá sempre existir uma interpretação para dar visibilidade ao sentido que o sujeito pretendeu transmitir no seu discurso. (ORLANDI, 2007, p.18).

Para Maingueneau (1997), a análise do discurso exibe duas linhas didáticas, a anglo-saxã e a francesa. A linha anglo-saxã, estuda o discurso a partir de uma interpretação sobre seus níveis sintáticos e semânticos e sobre a coerência e coesão do texto, para esse enfoque o sentido do discurso pode ser encontrado no próprio texto sem a necessidade de se recorrer a questões extralinguísticas. Em relação à linha francesa descreve que esta associa a captação do sentido do discurso a reflexões sobre as perspectivas históricas relacionadas aos textos. Nessa corrente o discurso extrapola as dimensões gramaticais e se insere em um nível multidisciplinar que demanda o uso de diferentes campos de pesquisa para a obtenção de sua essência (MAINGUENEAU, 1997, p. 15).

O referido autor enfatiza ainda a relação entre o discurso, o enunciador e o local de enunciação, nisto, o autor indica a necessidade de se considerar o contexto onde o discurso é emitido e suas influências sobre o enunciador, logo, o entorno social, os fatores culturais e históricos passam a exercer influência fundamental para a explicação do discurso e de seus significados. Neste sentido o autor trabalha com o que em análise de discurso se intitula “as formas de produção do discurso” (MAINGUENEAU, 1997). Diante ao exposto, neste estudo seguimos a linha francesa.

Foucault (2008, p.55) refere a importância de se notar no discurso algo para além de seus signos e códigos textuais, desta forma argumenta que é preciso: [...] não mais tratar os discursos como conjuntos de signos (elementos significantes que remetem a conteúdos ou a representações), mas como práticas que formam sistematicamente os objetos de que falam. Para o autor o interdiscurso representa a memória discursiva e evidencia o que já foi falado antes em outro contexto.

De forma geral a AD está vinculada a uma busca pelo sentido do uso da língua e de suas manifestações, através da articulação simultânea entre o sujeito, sua fala e a externalidade que o circunda, trata-se, pois, de uma relação entre a comunicação e os aspectos ideológicos de sua construção. Existe desse modo, uma dependência entre o dizer e as condições de sua produção. (SILVA e SARGENTINI, 2005).

Segundo Pêcheux (1993) “não há discurso sem sujeito e nem há sujeito sem ideologia: o indivíduo é interpelado em sujeito pela ideologia e é assim que a língua faz sentido”.

Sendo assim, é através do discurso que se observa a relação entre língua e ideologia, pois existe uma grande percepção de como a língua fornece sentidos para os indivíduos em sua volta.

O discurso em si é uma construção linguística atrelada ao contexto social no qual o texto é desenvolvido. Ou seja, as ideologias presentes em um discurso são diretamente determinadas pelo contexto cultural-político-social em que se inserem autor e receptor. Mais que uma análise textual, a análise do discurso é uma análise contextual que representa o lugar de onde os autores e receptores estão.

3.9. SUJEITOS DA INVESTIGAÇÃO

Os sujeitos da investigação foram 08 profissionais vinculados à ESPPE, compostos com seguinte configuração: 02 indivíduos da área da gestão, 02 indivíduos da área técnica (coordenação de curso) e 04 indivíduos docentes, que ministraram formações nos cursos da Coordenação de Educação Permanente, nas modalidades de curta duração, aperfeiçoamento e pós-graduação lato sensu, no ano de 2019.

Quadro 4: Sujeitos da investigação.

SUJEITOS	QUANTITATIVO
Gestão	02
Área técnica - Coordenador de curso	02
Docente	04

3.9.1. CRITÉRIO DE INCLUSÃO

Estar em atividade profissional na Escola de Governo de Saúde Pública de Pernambuco, no ano de 2019.

3.9.2. CRITÉRIO DE EXCLUSÃO

Profissionais que desenvolveram atividades na Escola de Governo de Saúde Pública de Pernambuco, em anos anteriores, ou seja, fora do recorte temporário da pesquisa.

3.10. CONTEXTO PRÁTICO DA INVESTIGAÇÃO

3.10.1. O LOCUS DA PESQUISA: CONHECENDO A INSTITUIÇÃO - CONTEXTUALIZAÇÃO POLÍTICA E PEDAGÓGICA DA ESPPE.

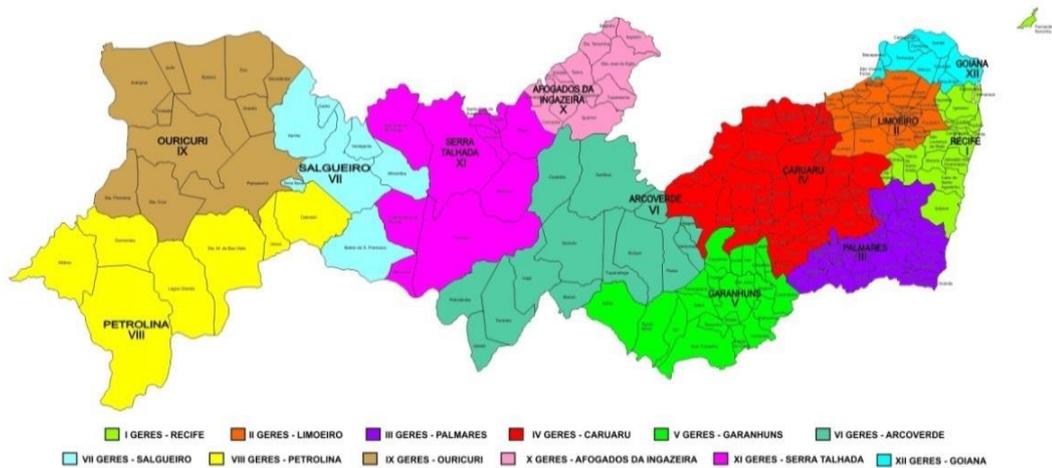
A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, instituída pelo Ministério da Saúde em 2004, e atualmente regida pela Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007, instituiu em todo território nacional uma estratégia política e pedagógica para a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores vinculados ao Sistema Único de Saúde. A Educação Permanente em Saúde é o encontro entre o mundo da formação e o mundo do trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho (BRASIL, 2004).

No Estado de Pernambuco a Política de Educação Permanente em saúde é atribuída a Secretaria Executiva de Gestão de Trabalho e Educação na Saúde (SEGTES), sendo operacionalizada pela Diretoria Geral de Educação em Saúde (DGES). A partir da Lei 15.066 de 04 de setembro de 2013, a ESPPE, que antes estava subordinada a DGES, recebe autonomia administrativa e financeira, tendo por finalidade promover a execução de atividades de ensino, pesquisa e extensão para o desenvolvimento dos profissionais e servidores públicos que atuam dentro do SUS em Pernambuco. É uma instituição de natureza pública, que tem como mantenedora a SES/PE, seu financiamento está vinculado a recursos de verba orçamentária, convênios, projetos e programas, parcerias institucionais para seu funcionamento, especialmente oriundos do Ministério da Saúde. A programação dos cursos realizados e propostos compõe o Plano Estadual de Saúde, o qual foi construído a partir de articulações entre os gestores do SUS e aprovados na Comissão Intergestora Bipartite – CIB.

A área de abrangência da ESPPE para formação de trabalhadores inseridos na rede pública de saúde contempla 185 municípios do Estado, distribuídos nas 12 (doze) Gerências Regionais de Saúde (GERES).

Abaixo visualização da distribuição territorial das Gerências Regionais de Saúde do Estado de Pernambuco.

Figura 3: Mapa do Estado de Pernambuco destacando a localização geográfica das 12 GERES.



Fonte: PERNAMBUCO, 2016.

A seguir descrição dos principais eventos que abalizaram o desenvolvimento institucional da ESPPE, suas competências e estrutura organizacional, de maneira cronológica.

A experiência de organização de escolas na área da saúde surge em 1982, em decorrência do acordo para desenvolvimento de recursos humanos, entre o Ministério da Saúde - MS, o Ministério da Educação e Cultura - MEC, o Ministério da Previdência e Assistência Social - MPAS e a Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS. Essas instituições estavam inseridas numa proposta de formação em larga escala, cujo objetivo era qualificar e habilitar, de forma suplementar, os trabalhadores de nível médio e elementar, que atuavam nos serviços de saúde. Para atender àquela necessidade, o Ministério da Saúde fomentou, em nível nacional, a implantação de Centros Formadores de Pessoal de Nível Médio - CEFOR, voltados para execução de cursos que contemplassem as diversas habilidades profissionais, concretizada pela Coordenadoria Interministerial de Planejamento – CIPLAN (Resolução n.º15/85) e pelo Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social – INAMPS (Resolução n.º118/86).

Entre os anos de 1989 e 1990 o Centro de Formador de Pernambuco (CEFOP) foi autorizado a funcionar como Escola de Ensino Supletivo Profissionalizante, vinculada à Diretoria de Recursos Humanos da Secretaria Estadual de Saúde - SES.

A Escola de Saúde Pública de Pernambuco foi fundada no ano de 1998, com o propósito de atender as demandas de formação e qualificação dos trabalhadores da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco. A partir de então, o CEFOR passou a ter suas atividades desenvolvidas pelo Departamento de Ensino Técnico da ESPPE. Mas funcionou como autarquia por um curto período de tempo.

A partir de sua criação em 1998, a ESPPE elabora seu Regimento Interno, conforme disposição do estatuto e regimento da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco e de acordo com as normas e diretrizes educacionais vigentes. O regimento tem por finalidade estabelecer normas gerais de funcionamento, bem como disciplinar as atividades de ensino, pesquisa e extensão.

A ESPPE rege-se além do regimento interno, pela sua lei de criação, pelo Projeto Político Pedagógico (PPP) e seus anexos, e legislação educacional e administrativa atinente a Escola.

No presente regimento interno constam as competências da ESPPE, as quais concorrem para alcançar os objetivos de planejar, coordenar, executar e avaliar as atividades relacionadas ao ensino, à pesquisa, à extensão e ao desenvolvimento institucional e de recursos humanos, no âmbito do Sistema Único de Saúde, com as seguintes descrições:

I - capacitar, formar, aperfeiçoar, atualizar e especializar os profissionais e servidores públicos que atuam dentro do SUS, nos níveis básico, médio e superior, objetivando a melhoria de seus desempenhos no exercício das atividades na área de saúde;

II - orientar e capacitar os usuários do SUS;

III - capacitar, formar e especializar gestores para o SUS, no âmbito do Estado de Pernambuco;

IV - capacitar e formar os membros do Conselho Estadual de Saúde e dos Conselhos Municipais de Saúde no Estado de Pernambuco;

V - estabelecer as prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação permanente dos trabalhadores e profissionais do SUS em Pernambuco;

VI - realizar cursos de formação e de aperfeiçoamento profissional, com atividades de capacitação e desenvolvimento técnico nas áreas de atuação do SUS;

VII - promover e organizar conferências, simpósios, seminários, palestras e outros eventos semelhantes relacionados à área de saúde pública;

VIII - desenvolver atividades de pesquisa, estudos e cursos de extensão;

IX - promover cursos em nível de pós-graduação lato sensu ou stricto sensu, presenciais ou à distância, inclusive mediante convênio a ser celebrado com instituições de ensino superior (LEI ESTADUAL Nº 15.066/2013).

Em 1999, a proposta de tornar a ESPPE autônoma foi extinta e conforme o Decreto nº 11.629/1999, sendo reestruturada como Diretoria da Secretaria de Saúde do Estado, inicialmente vinculada ao Gabinete do Secretário de Saúde.

Com a Reforma Administrativa do Estado, realizada em 2003, a Escola passou a atuar como uma gerência subordinada à Superintendência de Gestão de Pessoas da SES - SGP/SES, denominada Escola Técnica de Saúde Pública da SES/PE - ETESPPE/SES.

De 2003 a 2008, enquanto ETESPPE desenvolveu cursos na Área da Saúde, nas subáreas de Enfermagem, Bodiagnóstico e Saúde Bucal, ampliando sua atuação ao acrescentar a subárea de Vigilância Sanitária e Análises Clínicas, e o Técnico Agente Comunitário de Saúde. Também participou na elaboração e execução do projeto Nordeste, A Japan Internacional Corporation - JICA, Programa de Profissionalização de Formação de Auxiliar de Enfermagem - PROFAE e, ainda, elaborou e executou projetos de cursos nas áreas da enfermagem e da odontologia em parceria com as Secretarias Municipais de Saúde. Realizou 261 cursos de Educação Profissional na área da saúde, formando: 5.815 Auxiliares de Enfermagem, 28 Técnicos de Enfermagem – complementação, 521 Atendentes de Consultório, 15 Técnicos de Higiene Dental, 277 Citotécnicos, 21 Técnicos em Patologia Clínica. Elaborou e executou: Projeto do Curso de Técnico Agente Comunitário de Saúde, com 14.437 alunos trabalhadores do programa do PACS/PSF; Projeto de qualificação em UTI – 216 alunos; Projeto de Formação de Técnico de Higiene Dental, 80 alunos e o Projeto de Curso de Complementação da Habilitação de Técnico de Enfermagem.

O Estado de Pernambuco em 2008 executa nova reforma administrativa, que através do Decreto 32.823 de 09 de dezembro de 2008, fica aprovado o regulamento da Secretaria de Saúde, quando é retomada a denominação de Escola de Saúde Pública - ESPPE, como gerência subordinada a Diretoria Geral de Educação em Saúde e a Secretaria Executiva de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. Neste mesmo ano, a Escola retomou as atividades de reformulação e elaboração de novas propostas pedagógicas para a realização de cursos técnicos.

Em 2009, a ESPPE passou a compor a Rede de Escolas Técnicas e Centros Formadores vinculados às instâncias gestoras do SUS (RET-SUS). A RET-SUS é

uma estratégia de articulação, intercâmbio de experiências, debates coletivos e construção de conhecimento em educação profissional em saúde, criada pelo Ministério da Saúde para fortalecer a formação de pessoal de nível médio que atua na área da saúde. Neste mesmo ano foram implantados os Cursos Técnicos em Análises Clínicas descentralizados para as III e IV GERES, com a proposta de capacitar 180 profissionais; retomado o Curso Técnico de Enfermagem – complementação, na I GERES e VI GERES com 197 profissionais capacitados, implantado o Curso de Qualificação de Cuidador do Idoso com proposta de qualificar 34 profissionais e o Curso de Curso de Aperfeiçoamento Técnico em Assistência Materno-Infantil, nas I, II, III, IV, V, VI, VII, VIII, IX e XI, com uma demanda aproximada de 1000 profissionais de saúde. Todos financiados com os recursos da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, Portaria GM/MS nº 1.996/2007.

Entre os anos de 2009 a 2010, a ESPPE desenvolveu atividades de criação de 11 Comissões de Integração Ensino Serviço – CIES Regionais, em todas as Gerências Regionais de Saúde - GERES e participou da elaboração dos Planos Regionais de Educação Permanente em Saúde – PAREPS em 09 regionais e possibilitou a composição da Comissão de Integração Ensino e Serviço - CIES Estadual.

O Ministério da Saúde em 2010, aprovou o financiamento do Programa de Formação e Aperfeiçoamento para os Profissionais de Nível Médio de Saúde (PROFAPS), Portaria GM/MS nº1626/2010, para o Curso Técnico em Citologia que beneficiará 30 profissionais na I GERES, o Curso Técnico de Vigilância em Saúde para 120 profissionais das I e II GERES, o Curso Técnico em Prótese Dentária para 60 profissionais da IV GERES e o curso de Auxiliar em Saúde Bucal para 60 profissionais da V GERES. Ainda, este ano foi formulada a proposta de formação 1.500 profissionais para o Curso Técnico em Enfermagem.

A ESPPE em 2013, buscando responder as demandas advindas pelo sistema de saúde brasileiro, incorporou a concepção de escola de governo, institucionalizada através da Lei nº 15.066/2013, como unidade técnica científica e com autonomia administrativa, como uma forma de mobilizar e potencializar os esforços para colaborar com a ampliação da capacidade e qualidade da gestão em saúde. Tornou-se possível ampliar a sua atuação nos cursos de atualização; aperfeiçoamento e de desenvolvimento profissional; pós-graduação, sobretudo as Residências em saúde; Educação à Distância (EAD); incentivo à pesquisa e ao desenvolvimento dos gestores

e trabalhadores em todos os níveis de formação; apoio e realização de seminários, oficinas de trabalho; incentivo às atividades de preceptoria e de docência; estabelecimento de termos de cooperação técnica.

Em 2014, objetivando a realização das atividades de ensino e pesquisa e extensão no nível de pós-graduação, ocorreu a implantação da a Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva com Ênfase em Gestão de Redes de Saúde realizada de forma descentralizada em sete regionais de saúde do interior do Estado realizada em parceria com a Universidade de Pernambuco – Campus Garanhuns.

Em 2015 foi criada na ESPPE a Comissão Permanente de Residência em Área Profissional da Saúde – COREMU/ESPPE, a partir da implantação da Portaria Nº 137, de 17 de abril de 2015. Atuando de forma colegiada, coordena as ações internas dos Programas de Residência em Área Profissional da Saúde, articulando os Programas de Residências vinculados a ESPPE com as instituições executoras e a Comissão Nacional (PERNAMBUCO, 2014).

Em linhas gerais, essa escola é uma instituição de natureza pública, que tem como mantenedora a SES/PE e, utiliza recursos de verba orçamentária, convênios, projetos e programas, parcerias institucionais para seu funcionamento, especialmente oriundos do Ministério da Saúde. A programação dos cursos realizados e propostos compõe o Plano Estadual de Saúde, o qual foi construído a partir de articulações entre os gestores do SUS e aprovados na Comissão Intergestora Bipartite – CIB

Atualmente, a ESPPE oferta, além de cursos técnicos, cursos de atualização, aperfeiçoamento, especialização lato senso e especialização na modalidade de residência em área profissional da saúde, tendo como principal diretriz a descentralização e regionalização, atendendo as necessidades de formação dos municípios mais distantes da capital (PERNAMBUCO, 2018).

Seguem abaixo visualização da distribuição dos cursos ministrados pela ESPPE no Estado e sua estrutura organizacional.

Figura 4. Identificação de Formação Profissional (cursos técnicos) da ESPPE nos anos compreendidos entre 2015 a 2019, distribuídos pelas Gerências Regionais de Saúde.



Figura 5. Identificação dos cursos de Pós-graduação lato sensu da ESPPE nos anos compreendidos entre 2016 a 2019, distribuídos pelas Gerências Regionais de Saúde.

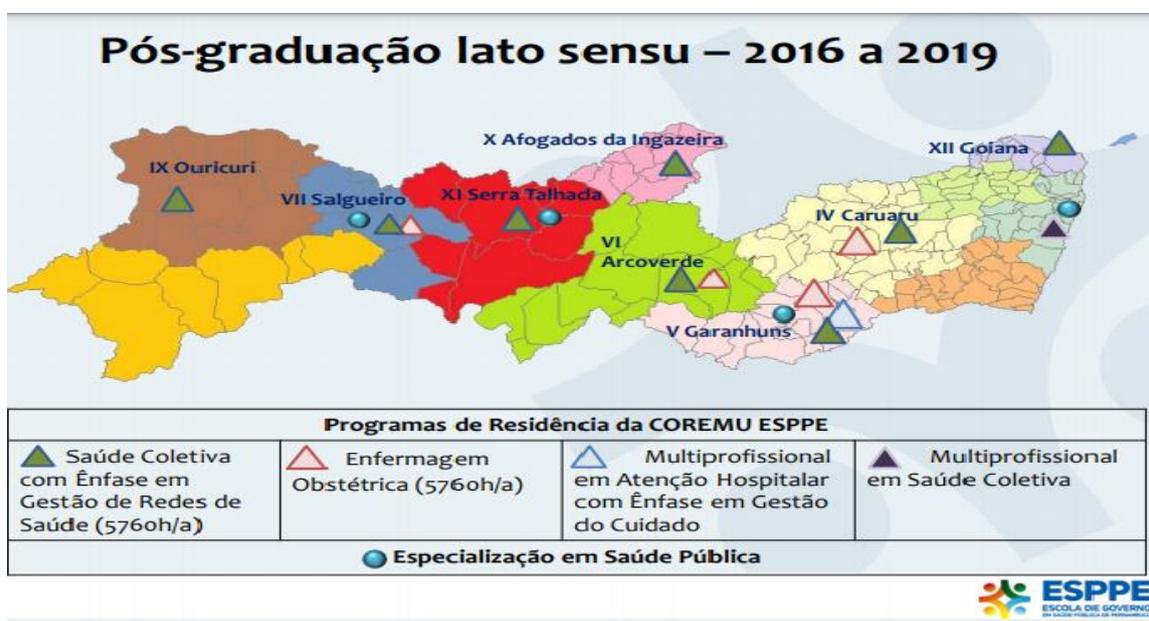


Figura 6. Identificação dos cursos de atualização e aperfeiçoamento da ESPPE nos anos compreendidos entre 2015 a 2019, distribuídos pelas Gerências Regionais de Saúde.

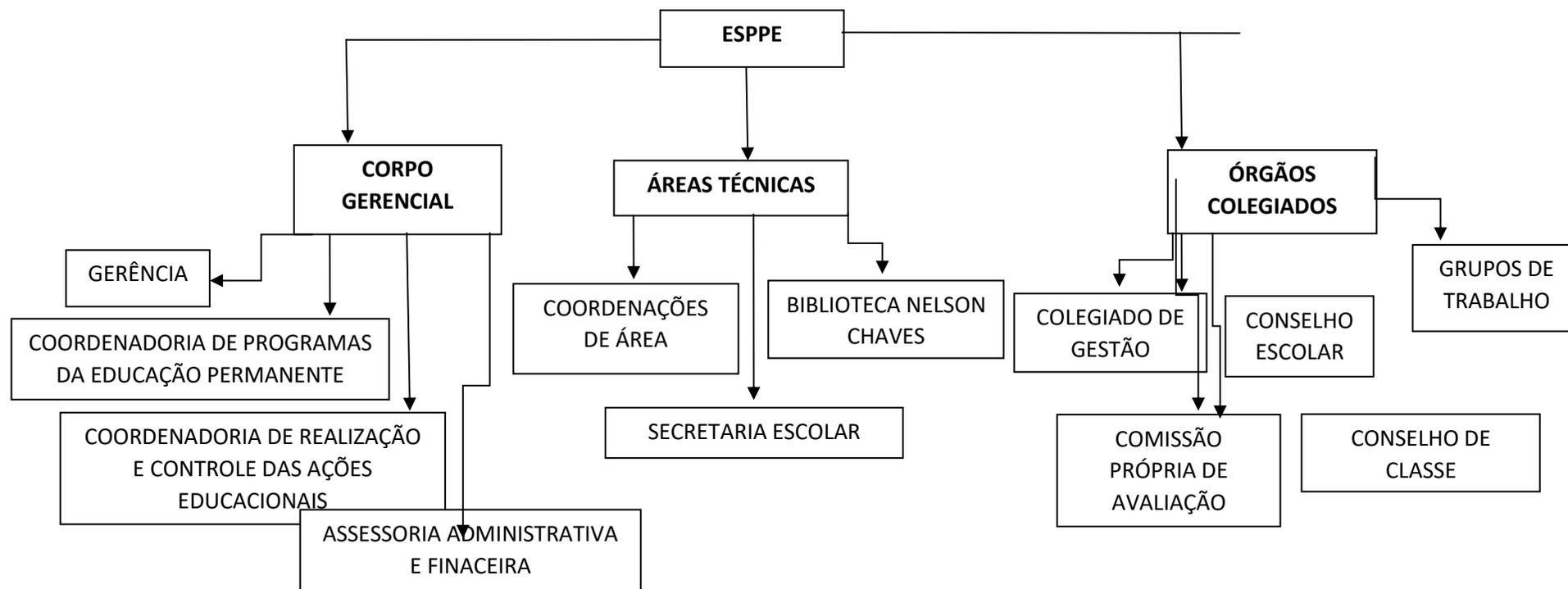


Figura 7. Identificação de Projetos Itinerários do Saber da ESPPE nos anos compreendidos entre 2018 a 2019, distribuídos pelas Gerências Regionais de Saúde.



Figura 8 - Organograma da Escola de Governo de Saúde Pública de Pernambuco.

ORGANOGRAMA INSTITUCIONAL



Fonte: Organograma elaborado pela pesquisadora, a partir da análise do Regimento Interno da ESPPE (2015)

3.11. FASES DA INVESTIGAÇÃO

3.11.1. PRIMEIRA FASE - PROCEDIMENTOS PRELIMINARES

Iniciamos o estudo a partir da identificação do tema e da instituição onde ocorreria a pesquisa. Posteriormente realizamos um mapeamento acerca da temática (teses, dissertações, artigos e livros), com objetivo de construir o aporte teórico que daria sustentabilidade ao estudo, assim como identificar o que há de produção sobre o tema em questão. Em seguida o mapeamento dos documentos primários (portarias, documentos institucionais) que permitiram entender a instituição, seu perfil, seus objetivos.

Logo após o levantamento teórico, buscamos a aprovação do projeto no comitê de ética (Plataforma Brasil) e por consequência a obtenção da carta de anuência da instituição a ser estudada.

3.11.2. SEGUNDA FASE - A PESQUISA DE CAMPO

Este é o momento em que realizamos o levantamento de dados e estudo de campo, colocando em prática as metodologias escolhidas para o estudo.

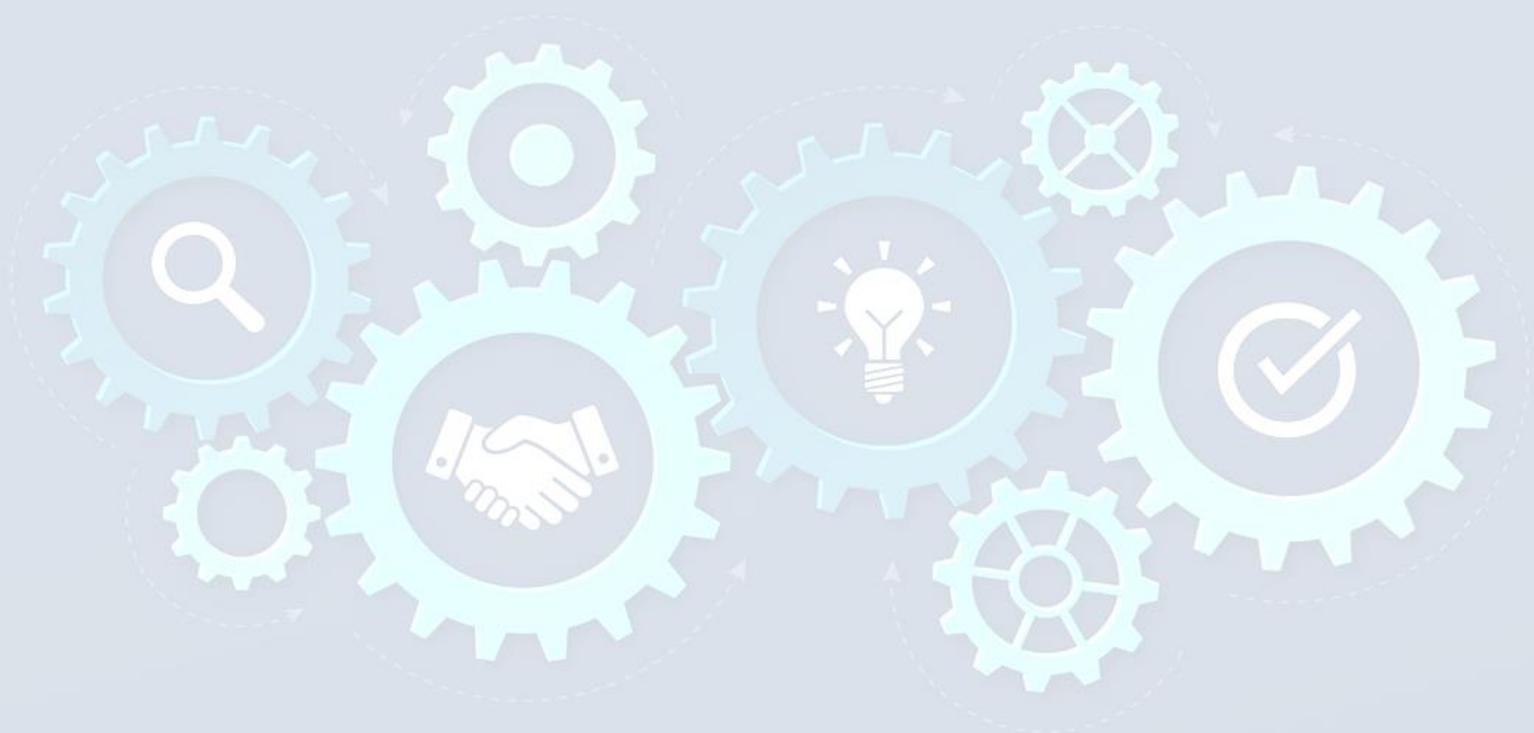
Efetuamos a análise documental, a partir dos documentos que mencionamos acima. O grupo focal e as entrevistas foram realizadas de modo virtual, em razão do atual momento que estamos vivenciando (a pandemia), respeitando decretos governamentais, os quais indicam o distanciamento social e a proibição de encontros presenciais. Ambos foram gravados (com uso de aparelho de celular e computador) e posteriormente transcritos e analisados.

3.11.3. TERCEIRA FASE - ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Esta última fase do estudo concorre para a análise dos dados e o resultado da investigação. Onde serão confrontados os objetivos, os elementos apurados e as teorias abordadas, utilizando-se da metodologia da Análise do Discurso (AD).

Capítulo 4

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS



CAPÍTULO IV

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

4.1 – PROCESSOS METODOLÓGICOS: O QUE PENSAM E COMO EXECUTAM A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE OS ATORES DA ESPPE.

Neste item abordaremos os passos metodológicos vivenciados na segunda etapa da pesquisa (grupo focal, entrevista semiestruturada e análise documental), a qual teve o objetivo geral a analisar os saberes trabalhados nas formações executadas pela Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco, com os pressupostos da Educação Permanente em Saúde. E como objetivos específicos:

- Identificar o processo de planejamento das formações executadas pela Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco;
- Descrever os aspectos metodológicos utilizados nas formações da Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco;
- Verificar no desenvolvimento das formações os pressupostos da educação permanente em saúde;
- Descrever como os conhecimentos produzidos e sistematizados nas formações são estimulados nos espaços e práticas de trabalho dos alunos;
- Identificar as percepções dos participantes da pesquisa em relação aos desafios, os limites e as possibilidades da educação permanente em saúde.

A seguir descreveremos os resultados e as análises decorrentes dos levantamentos realizados pelos instrumentais escolhidos no estudo.

4.1.2. ANÁLISE E DISCUSSÃO DO GRUPO FOCAL

Grupo focal é uma forma de coleta de dados diretamente por meio da fala de um grupo, que relata suas experiências e percepções em torno de um tema (PEROSA E PEDRO, 2009).

O propósito do grupo focal consiste na interação entre os participantes e pesquisador para a coleta de dados, a partir da discussão com foco em tópicos específicos e diretivos (ASHIDAMINI E SAUPE, 2004).

Antes de iniciarmos o grupo apresentamos aos participantes os objetivos, riscos e benefícios da pesquisa, assim como foram assegurados seus direitos de sigilo de identificação e de retirada do consentimento de participação da pesquisa, a qualquer tempo, sem que lhe seja imputada qualquer sanção. Após os esclarecimentos, todos os participantes foram convidados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (apêndice C), como representação do seu aceite em participar da pesquisa.

O grupo foi gravado e os depoimentos foram transcritos na íntegra para posterior análise e tratamento dos discursos. Os sujeitos da pesquisa foram identificados pelas iniciais dos nomes para preservação do anonimato.

Para participar do grupo focal foram convidados 08 (oito) profissionais, distribuídos da seguinte forma: 04 (quatro) docentes, 02 (dois) coordenadores de curso e 02 (dois) gestores.

Na aplicação do método só participaram 07 (sete) profissionais, tivemos a ausência de um docente, no momento da execução do grupo. Configurando-se para este 03 (três) docentes, 02 (dois) coordenadores de curso e 02 (dois) gestores.

Os docentes e coordenadores de curso estão vinculados à Coordenação de Educação Permanente da ESPPE, envolvidos nos cursos das modalidades de curta duração, aperfeiçoamento e pós-graduação lato sensu, executados no ano de 2019.

Para a análise do grupo focal empregamos a metodologia da Análise do Discurso (A.D) na linha francesa, privilegiando os sentidos e as significações da produção discursiva. Na aplicação do método os pesquisados foram estimulados a discorrerem sobre:

- concepção de educação permanente em saúde;
- organização do planejamento dos cursos;
- metodologias aplicadas nas formações;
- aplicação dos pressupostos da EPS nas formações;

A seguir delinearemos os sentidos e as significações que emergem nos discursos dos sujeitos pesquisados, na formação discursiva (FD): marcas no discurso acerca da concepção de educação permanente em saúde.

Quadro 5 - Apresentação de fragmentos de depoimentos dos entrevistados sobre concepção de educação permanente em saúde.

FD: Concepção de Educação Permanente em Saúde.	
ENTREVISTADOS	FRAGMENTOS DE DEPOIMENTOS
C.B	“EPS tem que ser tratada como duas vertentes, num contexto como uma prática do ensino aprendizagem no trabalho, para o trabalho e com o trabalho e como uma política pública na área de educação na saúde”.
D.A	“A EPS tem que estar no cotidiano do SUS como um todo e ela tem potencial e capacidade de gerar transformação no próprio funcionamento”.
L.S	“A EPS tem uma relação estreita com o trabalho e diante do aspecto da formação profissional, ela precisa ter uma relação íntima e guardar um sentido direto com o trabalho daquele profissional”.
E.C	“Pensar a EPS é pensar no processo formativo, no processo educativo no trabalho, a partir da realidade, da demanda, das necessidades dos serviços e desses trabalhadores que compõem os serviços”.
D.F	“Compreendo EPS tanto quanto política, quanto prática pedagógica”.
N.B	“Entendo EPS como elemento formador de profissional para atuação no SUS”.
D.C	“EPS tem o foco nas lacunas de formação dos profissionais e suas práticas”.

Fonte: Grupo Focal - 2020.

Analisando os discursos acima, identificamos através dos relatos, a existência de três ideias centrais acerca da concepção que estes conferem à Educação Permanente em Saúde, a saber: EPS enquanto prática pedagógica (ensino aprendizagem no trabalho), EPS enquanto prática política (transformação do processo

e práticas de trabalho) e EPS enquanto produção de saber a partir da prática, do cotidiano dos trabalhadores.

As concepções expostas pelos sujeitos do estudo estão em confluência com os conceitos de EPS apresentados neste estudo, nos capítulos anteriores. Percebe-se também um alinhamento com o que está pautado na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, quando o entrevistado **C.B.**, cita a EPS enquanto prática pedagógica, onde a educação permanente em saúde é o processo educativo que se dá “no” e “para” o trabalho.

A Educação Permanente é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. E tem como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho (BRASIL, 2004).

Franco (2010), reflete que o trabalho é o lugar de produção de cuidado, ao mesmo tempo em que é cenário de produção pedagógica, uma vez que coloca a realidade em análise e possibilita rever os atos produzidos pelos trabalhadores no cotidiano. O referido autor destaca ainda a existência de duas grandes dimensões no campo da educação: a primeira da cognição, que é dada pela capacidade de transferir e produzir conhecimento técnico em saúde, aplicado aos seus processos produtivos, dentro de uma certa organização do trabalho; e a segunda, da subjetivação, que deve ser dada pela capacidade que têm certas pedagogias de promover mudanças na subjetividade (FRANCO, 2007, p.431).

Em relação ao processo de formação que ocorre na perspectiva da EPS, Ceccim (2004), refere que a formação engloba aspectos de produção de subjetividade, produção de habilidades técnicas e de pensamento e o adequado conhecimento do SUS. A formação para a área da saúde, segundo este autor, deveria ter como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, e estruturar-se a partir da problematização do processo de trabalho e sua capacidade de dar acolhimento e cuidado às várias dimensões e necessidades de saúde das pessoas, dos coletivos e das populações (CECCIM, 2004).

Nesta perspectiva, o referido autor ainda enfatiza que é preciso:

Implementar espaços de discussão, análise e reflexão da prática no cotidiano do trabalho e dos referenciais que orientam essa prática... Tomar o cotidiano como lugar aberto à revisão

permanente e gerar o desconforto com os lugares “como estão/como são”, deixar o conforto com as cenas “como estavam/como eram” e abrir os serviços como lugares de produção de subjetividade, tomar as relações como produção, como lugar de problematização, como abertura para a produção e não como conformação permite praticar contundentemente a Educação Permanente em Saúde (CECCIM, 2005a, p.166).

Merhy (1997), em relação à produção de conhecimento relata que: o trabalhador não é um sujeito passivo, ele não vai “receber” o conhecimento de algum ser iluminado. Ele vai participar do processo de construção desse conhecimento, sendo também autor e produtor deste, na medida em que se depara com a realidade e esta o desafia a produzir respostas, soluções a problemas do cotidiano do seu trabalho.

No que diz respeito a EPS enquanto prática política, concebe-se que a reflexão das práticas deverá estar pautada na reorganização do serviço, na melhoria da atuação profissional, no auxílio das necessidades individuais e coletivas de saúde da população, assim como no aprimoramento do SUS enquanto política pública.

Nesta perspectiva Ceccim (2005), aponta em seus estudos quatro elementos importantes para a efetivação da EPS, os quais denominou de Quadrilátero da Formação:

a) **análise da educação dos profissionais de saúde:** mudar a concepção hegemônica tradicional (biologicista, mecanicista, centrada no professor e na transmissão) para uma concepção construtivista (interacionista, de problematização das práticas e dos saberes); mudar a concepção lógico-racionalista, elitista e concentradora da produção de conhecimento (por centros de excelência e segundo uma produção tecnicista) para o incentivo à produção de conhecimento dos serviços e à produção de conhecimento por argumentos de sensibilidade;

b) **análise das práticas de atenção à saúde:** construir novas práticas de saúde, tendo em vista os desafios da integralidade e da humanização e da inclusão da participação dos usuários no planejamento terapêutico;

c) **análise da gestão setorial:** configurar de modo criativo e original a rede de serviços, assegurar redes de atenção às necessidades em saúde e considerar na avaliação a satisfação dos usuários;

d) **análise da organização social:** verificar a presença dos movimentos sociais, dar guarida à visão ampliada das lutas por saúde e à construção do atendimento às necessidades sociais por saúde. (CECCIM, 2005a, p. 166).

Silva (2007), refere-se à EPS, como estratégia de mudança, constitui-se em uma importante alternativa de transformação dos espaços de trabalho, pois em razão de cogitar formas diferenciadas de ensinar e aprender, propõe a transcendência do tecnicismo e das capacitações pontuais, incentivando assim, a participação ativa dos atores para a renovação das posturas e práticas profissionais.

Ao que concerne à EPS enquanto produção de saber a partir da prática, Schön (1994), em discussão sobre a reflexão na ação, o qual destaca que é possível construir conhecimentos com crescentes níveis de criticidade no cotidiano, usando como ferramenta o processo de reflexão e a observação do real.

Ceccim e Ferla (2009), a EPS como “prática de ensino-aprendizagem” está relacionada à produção de conhecimentos no cotidiano das instituições de saúde, a partir da realidade vivida pelos sujeitos envolvidos, tendo como base de interrogações os problemas enfrentados no dia a dia do trabalho e as experiências desses sujeitos.

Na perspectiva da construção do conhecimento a partir da prática, do cotidiano das ações e atividades realizadas pelos profissionais nos serviços de saúde destacamos as falas dos entrevistados **D.A. E.C** e **L.S**, os quais verbalizam a visão de que a EPS é elemento importante na construção de conhecimentos relacionados intimamente com o trabalho desenvolvido pelo sujeito e com um grande potencial de gerar transformação no próprio serviço.

Merhy (2009), reflete que a forma como lidamos com todas as dificuldades e surpresas que acontecem no trabalho produz um saber tão importante quanto aqueles saberes dos manuais. É o que chamamos de saberes da experiência, que vão compondo nossa caixa de ferramentas especiais, que fabricamos pelos nossos encontros e faseres, partindo do que estamos vivenciando e aprendendo, ali no cotidiano com os outros e comigo mesmo. Refere ainda que “o quanto no cotidiano do faser no campo de práticas se está permanentemente produzindo conhecimento” (MERHY, 2015).

No quadro 6 analisaremos a formação discursiva (FD): marcas no discurso acerca de como se processam a organização curricular e o planejamento dos cursos da ESPPE.

Quadro 6 - Apresentação de fragmentos de depoimentos dos entrevistados sobre organização curricular e planejamento dos cursos.

FD: Organização do planejamento dos cursos.	
Entrevistados	Fragmentos de Depoimentos
C.B	“A partir das articulações nos colegiados da CIR, CIES Regional, das áreas técnicas das GERES, da SES, para saber as demandas a partir das necessidades dos trabalhadores e das necessidades de saúde. Outra questão importante é o processo de alinhamento pedagógico”.
D.A	“Pautado nos campos do conhecimento que couber, por referenciais teóricos, e a escuta desses diferentes atores que se envolvem no processo faz com que a construção seja uma construção que busca na maior parte das vezes se dá de forma coletiva respeitando esses diferentes olhares”.
L.S	“Em termo de planejamento a estratégia do alinhamento pedagógico, tem sido fundamental para alcançar uma formação dentro da perspectiva da EPS. Uma das principais estratégias da ESPPE é alinhar o planejamento com os instrutores e coordenadores. Criação dos planos de aula, com objetivos e interligados com todas as disciplinas do curso”.
E.C	“As equipes vão sendo ampliadas, quando incluimos todos os docentes, os tutores ou instrutores. A gente vai ter o plano de curso estruturado, mas no desenvolver do plano de aula, a gente vai ter a contribuição dessa equipe de docentes, de instrutores, junto com a equipe

	de ESPPE, que vão sendo reorganizados, estruturados, adequados, repensados”.
D.F	“Os cursos partem das necessidades, sejam identificadas pelos trabalhadores nos serviços, sejam identificadas pelas instâncias de gestão ou a partir de alguns projetos de natureza mais gerais. Então vai ter a construção dos planos de curso e os planos aula, a partir desses diálogos entre a ESPPE, as áreas técnicas, os serviços ou os trabalhadores”.
N.B	“Áreas técnicas demandam, escuta das necessidades dos profissionais e dos gestores dentro dos colegiados. Credenciamento dos docentes, formação pedagógica, criação do plano de aula”.
D.C	“No alinhamento pedagógico você leva seu planejamento, ajusta, troca com os outros instrutores, troca com a coordenação e ainda tem a possibilidade de levar para os discentes e voltar para replanejar. O alinhamento pedagógico é um espaço extremamente importante para fortalecimento desse processo”.

Fonte: Grupo Focal - 2020.

No item acerca da organização do planejamento dos cursos, os pesquisados apresentam em seus discursos a forma como a ESPPE trabalha para organizar os currículos e elaborar os planejamentos dos cursos, sejam cursos presenciais ou à distância.

Em seu Projeto Político Pedagógico a ESPPE descreve que os currículos são integrados, segundo a Lei de Diretrizes e Bases da Educação, Lei nº 9394/1996, com as alterações promovidas pela Lei nº 11.741/2008, Resolução do Conselho Nacional de Educação e Câmara de Educação Básica - CNE/CEB nº 06/2012 e Resolução CEE/PE nº 01/2013. Desta forma, a ESPPE assegura conhecimento, habilidades,

atitudes, métodos e técnicas no processo de ensino-aprendizagem dos técnicos que atendam às exigências do trabalho na assistência à saúde da Rede SUS. O número de vagas por turma se define considerando o previsto em cada plano de curso, as modalidades de ensino, a estrutura e capacidade instalada para acolher os alunos, e ainda, levar em consideração a didática, metodologia e conteúdo ofertado (PPP, 2014, p.31).

O currículo no entendimento de Silva (2003), corresponde a um conjunto de experiências e conhecimentos que a instituição oferece aos estudantes e pode ser um elemento de transformação ou manutenção das relações de poder, pois privilegia um tipo de conhecimento. Afirma ainda que:

O currículo é lugar, espaço, território. O currículo é relação de poder. O currículo é trajetória, viagem, percurso. O currículo é autobiografia, nossa vida, curriculum vitae: no currículo se forja a identidade. O currículo é texto, discurso, documento. O currículo é documento de identidade (SILVA, 2003, p.150).

No entendimento dos autores Schmidt (2003) e Torres (2004) acerca do conceito sobre currículo, ambos destacam currículo como um instrumento de ação política. Para um tem uma “visão sócio-político-cultural” (TORRES, 2004), e para o outro: “ele é muito mais que um rol de disciplinas, ele é uma questão político cultural pelo fato de trazer intenções que portam atitudes frente às relações sociais (SCHMIDT, 2003, p. 61).

Nos discursos dos pesquisados observamos que a construção dos planejamentos dos cursos da ESPPE se configuram numa construção coletiva, com olhares de diferentes atores (docentes, instrutores e coordenadores), elaborados a partir das articulações com os setores/áreas demandantes das formações ou de áreas temáticas de natureza mais gerais, demandadas também pelo Ministério da Saúde e/ou pela Secretaria Estadual de Saúde. Contam ainda com um instrumento que denominam de alinhamento pedagógico, com o qual são estruturadas e reorganizadas todas as disciplinas dos cursos, com a participação dos instrutores/docentes, coordenadores e equipe pedagógica.

Outro item que utilizamos para responder ao objetivo geral da pesquisa foi conhecer as metodologias aplicadas nas formações.

No quadro a seguir analisaremos os discursos dos pesquisados, na formação discursiva (FD): marcas no discurso acerca das metodologias aplicadas nas formações da ESPPE

Quadro 7 - Apresentação de fragmentos de depoimentos dos entrevistados sobre metodologias aplicadas nas formações da ESPPE.

FD: Metodologias aplicadas nas formações da ESPPE.	
Entrevistados	Fragmentos de Depoimentos
C.B	“De todos os aspectos que trabalhamos na escola as atividades de dispersão, estas são um processo também em construção, um processo até de mudança de paradigma, em alguns aspectos”.
D.A	“Reflexão sobre a prática de forma contextualizada. Estimular sempre o diálogo, podendo inclusive redefinir caminhos a partir das necessidades que vão aparecendo no processo”.
L.S	“Destaco o acolhimento, as rodas de conversa, o compartilhamento de experiência dos discentes, o estímulo ao alinhamento pedagógico e diversos instrumentos pedagógicos, sejam vídeos, livros, a própria arte, o poema, desenhos, imagens”.
E.C	“As atividades de dispersão e o projeto de intervenção, do ponto de vista de pensar as estratégias pedagógicas, as práticas de cada um e as trocas deles, entre eles. Pensar o que está sendo abordado do ponto de vista teórico, do ponto de vista prático e fazer essas arrumações e amarrações, para que não seja aquela coisa partida ou fragmentada”.
	“Todos os conteúdos vão ter esse elemento da problematização, aprendizagem significativa. As

D.F	atividades de dispersão, as estratégias dos projetos de intervenção são instrumentos e ferramentas que os discentes podem fazer formulações para alterações e mudanças de práticas no espaço de trabalho”.
N.B	Sinto-me contemplada.
D.C	Sinto-me contemplada.

Fonte: Grupo Focal - 2020.

Os principais argumentos que movem a EPS são: o estabelecimento de relações mais horizontais entre trabalhadores de saúde, o rompimento com a lógica do ensino transmissor por meio de um ensino-aprendizagem problematizador e o comprometimento do trabalhador com a produção dos atos de saúde, favorecendo espaços coletivos para pensar, refletir e agir. Sua prioridade configura-se na articulação entre ensino e serviço, propondo o encontro entre o mundo da formação e o mundo do trabalho.

Os autores Ciampone (2000) e Feuerwerker (2002), analisando as instituições formadoras e o sistema educacional vigente, apresentam uma visão crítica ao sistema tradicional de educação, pontuam que: “o sistema tradicional não prepara o profissional para problematizar e interrogar a realidade nos aspectos construtivos” (CIAMPONE, 2000). “As instituições formadoras têm perpetuado modelos essencialmente conservadores, permanecido alheia à organização da gestão setorial e ao debate crítico sobre os sistemas de estruturação do cuidado em saúde” (FEUERWERKER, 2002).

Na busca de apontar caminhos que favoreçam uma mudança na construção dos saberes destas instituições, Ceccim (2004) propõe que as instituições formadoras devam prover os meios adequados à formação de profissionais necessários ao desenvolvimento do SUS e a sua melhor consecução. O que para Davini (1994), a transformação dos profissionais concretiza-se a partir da reflexão crítica sobre as práticas reais de profissionais reais em ação na rede de serviços. Afirmação que comunga com a percepção de Figueiredo (2016), onde o autor refere que a EPS não sobrevive em ambientes acrílicos, desconectados do mundo e da realidade, onde as

formatações são rígidas e os sujeitos são percebidos como incapazes de criar e de construir saberes. Seu exercício pressupõe aprender e (des)aprender (FIGUEIREDO et al, 2016).

Ao analisarmos os discursos dos pesquisados observamos o manejo destes com elementos que se referem aos pressupostos da EPS. Descrevem a utilização de abordagens que priorizam as metodologias ativas, a tomada de consciência e a reflexão a partir da problematização e da aprendizagem significativa como perspectiva metodológica, buscando desenvolver um olhar crítico sobre o cotidiano na prática do profissional de saúde, proporcionando a construção de novos conhecimentos a partir da prática.

O que se destaca no relato de **D.F**, o qual narra a importância dos elementos da problematização e da aprendizagem significativa, pressupostos da EPS. Com ênfase na realização de atividades de dispersão e as estratégias dos projetos de intervenção, como instrumentos e ferramentas em que os discentes podem fazer formulações sobre suas práticas, para alterações e mudanças nos processos e espaço de trabalho.

Para a Organização Mundial da Saúde, a metodologia da problematização promove:

A competência ensinando os estudantes como integrar e aplicar conhecimento em cenários de prática, aprender com modelos de comportamento e experimentar abordagens interdisciplinares e em equipe à prestação de serviço de saúde (OMS, 2007, p. 49).

Em sua maioria os pesquisados apresentaram como instrumentos metodológico: escuta das experiências, atividade de dispersão, reflexão sobre as práticas, acolhimento, roda de conversa e projeto de intervenção. Os tutores/instrutores e coordenadores de curso que têm conhecimento teórico com os temas abordados e experiências na vivência prática do trabalho.

Segundo Ceccim (2005), a vivência e/ou a reflexão sobre as práticas vividas é que podem produzir o contato com o desconforto e, depois, a disposição para produzir alternativas de práticas e de conceitos, para enfrentar o desafio de produzir transformações.

Schön (2000) afirma a importância de uma prática reflexiva baseada no conhecimento na ação. O conhecimento na ação está vinculado ao saber/fazer, ou seja, a reflexão é baseada nas experiências vividas pelo indivíduo.

Seguindo a análise, apresentaremos no quadro 8 a formação discursiva (FD): marcas no discurso referentes à aplicação dos pressupostos da educação permanente em saúde nas formações da ESPPE.

Quadro 8 - Apresentação de fragmentos de depoimentos dos entrevistados sobre as aplicações dos pressupostos da educação permanente em saúde nas formações da ESPPE.

FD: Aplicação dos pressupostos da educação permanente em saúde nas formações da ESPPE.	
Entrevistados	Fragmentos de Depoimentos
C.B	“Construção participativa, muito a partir da realidade do trabalho, no e para o trabalho. O processo da problematização, aprendizagem significativa, tudo isso tem a ver desde o processo da construção e de como a demanda vem”.
D.A	“Nada a declarar, sinto-me contemplada”.
L.S	“Os pressupostos, para mim são concretizados diante da organização dos encontros, é pensar e organizar cada encontro, é pensar exatamente na concretização desses pressupostos. Eu diria que é algo que atravessa toda a formação. Quando falamos sobre a temática causa estranhezas aos discentes. Algo novo em que eles não estão acostumados. Uma vez que a essa formação está pautada na educação continuada, em razão de não responder as complexidades do SUS.
	“Sinto-me contemplada”.

E.C	
D.F	“Nada a acrescentar”.
N.B	“Sinto-me contemplada”.
D.C	“Sinto-me contemplada”.

Fonte: Grupo Focal - 2020.

Por fim, questionamos aos pesquisados as aplicações dos pressupostos da educação permanente em saúde nas formações executadas pela ESPPE.

Antes de apresentarmos os resultados deste item, exibiremos os pressupostos empregados pela EPS, a saber:

- Aprendizagem a partir da problematização da realidade do trabalho;
- Valorização do saber a partir das práticas cotidianas no trabalho;
- Aprendizagem significativa e contextualizada;
- Transformação das práticas dos profissionais e mudança nos processos de trabalho das instituições;
- Estabelecimento de relações mais horizontais entre os profissionais de saúde;
- Elaboração de novos conhecimentos/saberes a partir do cotidiano.

Observamos nos discursos dos entrevistados **C.B** e **L.S** e na concordância dos demais abordados, a diligência destes atores, responsáveis pela execução dos cursos, o esforço para a aplicação dos pressupostos da EPS no processo de ensino-aprendizagem.

Maia (2014) refere que nas estratégias problematizadoras, a aprendizagem significativa ocorre como decorrência do “desconforto” propiciado pela “constatação da insuficiência de saberes frente a desdobramentos de uma situação ou problema claramente apresentado em suas diversidades e aparentes contradições” (MAIA, 2014, p. 569).

A respeito da afirmativa de Maia, descrita acima, o pesquisado **L.S** em uma de suas falas durante o grupo, revela que quando se fala aos discentes sobre a temática EPS, causa estranheza, é algo novo em que eles não estão acostumados, pois, suas

formações ainda estão pautadas na educação continuada, que estas não levam os discentes a refletirem e responderem as complexidades do SUS.

A PNEPS ressalta que a aprendizagem significativa tem como eixo a discussão crítica das práticas concretas. A EPS é, portanto, fruto da visão de que o conhecimento não se transmite, mas se constrói a partir das dúvidas e do questionamento das práticas vigentes à luz de questões e problemas contextualizados (BRASIL, 2004).

Frente a questão de que o conhecimento não se transmite, mas se constrói, Freire (1996) ressalta que a constatação da realidade gera novos saberes e novas habilidades de decisão, de escolha e de não neutralidade.

Ceccim (2005), reflete que os saberes formais devem estar implicados com movimentos de autoanálise e autogestão dos coletivos da realidade, pois são os atores do cotidiano que devem ser protagonistas da mudança de realidade desejada pelas práticas educativas. Nesta perspectiva todos os participantes referem a necessidade de mudança nas formas da construção dos saberes, buscando a superação das práticas tradicionais de ensino.

4.1.3. ANÁLISE E DISCUSSÃO DAS ENTREVISTAS

Para a etapa das entrevistas foi elaborado um guião semiestruturado (apêndices A e B), onde os pesquisados puderam falar sobre suas percepções e práticas quanto à educação permanente em saúde, nos processos de aprendizagem vivenciados na ESPPE. Os entrevistados também assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (apêndices D). E para a obtenção da preservação do anonimato dos participantes, cada participante recebeu um número.

Neste módulo, elencamos algumas categorias para as entrevistas, a saber: a) Perfil dos sujeitos pesquisados; b) Conhecimento sobre educação permanente em saúde e c) Desenvolvimento da formação.

As entrevistas ocorreram em dias e horários agendados, utilizamos como recurso a chamada de vídeo, através do aparelho de celular. As entrevistas foram transcritas em momento posterior para o procedimento da análise do discurso.

Participaram desta etapa da pesquisa 08 (oito) profissionais, distribuídos da seguinte forma: 04 (quatro) docentes, 02 (dois) área técnica (coordenadores de curso) e 02 (dois) gestores.

4.1.3.1. PERFIL DOS SUJEITOS PESQUISADOS

Na primeira etapa da entrevista elaboramos o perfil dos pesquisados, onde destacamos idade, sexo, estado civil, escolaridade, tempo de serviço na ESPPE e vínculo funcional.

Abaixo quadro descritivo do perfil dos sujeitos pesquisados.

Quadro 9. Formação Discursiva (FD): Perfil dos sujeitos pesquisados (Q1).

Pesquisados	Sexo	Idade	Estado civil	Escolaridade	Tempo de serviço		Vínculo Funcional
					na ESPPE	Função na ESPPE	
E1	M	34 anos	Solteiro	Mestrado	07 anos	Docente	Contrato
E2	F	34 anos	Casada	Mestrado	02 anos	Docente	Contrato
E3	F	43 anos	Solteira	Mestrado	07 meses	Docente	Contrato
E4	M	33 anos	Solteiro	Especialista	03 anos	Docente	Contrato
E5	F	49 anos	Solteira	Mestrado	07 anos	Área técnica	Contrato
E6	F	31 anos	Solteira	Mestrado	01 ano	Área técnica	Contrato
E7	F	48 anos	Casada	Doutoranda	07 anos	Gestão	Comissionado
E8	F	36 anos	Casada	Doutora	02 anos	Gestão	Comissionado

Fonte: entrevista realizada em 2020.

Ao analisarmos o quadro acima observamos que a maioria dos pesquisados são do sexo feminino total de 06 (seis) e do sexo masculino são 02 (dois). Os pesquisados apresentam idade entre 31 a 49 anos, com nível de formação superior e

de pós-graduação (mestrado e doutorado). O tempo de serviço na ESPPE está compreendido entre sete meses a sete anos. A natureza dos vínculos empregatícios para admissão destes profissionais, tanto do corpo docente, quanto do corpo técnico da ESPPE, advém dos processos seletivos, convênios e credenciamentos para prestação de serviço. Já na área da gestão observamos vínculos de cargos comissionados, sendo estes servidores públicos, com cedência de outros órgãos da administração pública estadual e/ou municipal.

A ESPPE não conta com um quadro permanente de docentes, razão pela qual realiza periodicamente processos de credenciamento de docentes (na modalidade de inexigibilidade de processo) para atuarem, na condição de prestador de serviço, formalizado mediante contrato, nos diversos cursos ofertados pela instituição (PPP, 2014, p. 27).

Sobre a perspectiva dos vínculos funcionais, Pereira & Ramos (2006), destacam que a precariedade dos vínculos empregatícios tem consequências no desenvolvimento do trabalho docente. Fato confirmado nas colocações dos entrevistados.

E8 “A ESPPE tem um quadro de profissional não concursado (nem técnica, nem docentes), vai fragilizando as ações da escola, vínculo de trabalho precarizado, para a manutenção das ações da ESPPE. Há uma mudança constante dos docentes, com quebra nos vínculos”.

E6 “A escola não tem docentes próprios, do quadro funcional, o que é uma limitação. Faz processo de credenciamento, constrói um perfil do profissional, um currículo, um perfil que não seja só acadêmico, cheios de títulos, perfil que tenham vivência/experiência na área do curso, considerando também tempo de atuação profissional no SUS”.

4.1.3.2. Formação Discursiva (FD): Conhecimento dos entrevistados sobre educação permanente em saúde.

Para descrevermos a análise do discurso deste item, foram observadas as marcas no discurso a respeito do conhecimento sobre educação permanente em saúde (Q2). Os fragmentos de depoimentos (F.D) do tópico Q2 podem ser analisados com as perguntas classificadas por Q2.1 e Q2.2 sendo identificados nos quadros 10 e 11 a seguir:

No quadro 10 analisaremos os fragmentos do discurso acerca da educação permanente em saúde.

Quadro 10 - Apresentação de fragmentos de depoimentos dos entrevistados sobre educação permanente em saúde.

FD: Conhecimento sobre educação permanente em saúde.	
Você conhece ou já ouviu falar sobre educação permanente em saúde?	
Entrevistados	Fragmentos de Depoimentos
E1	“Sim, trabalho sempre na perspectiva da EPS. Minha formação está direcionada para atuação em serviço no SUS. Destaco ainda que a ESPPE tem tutores e coordenadores que têm experiência com o tema teoricamente e experiência no trabalho”.
E2	“Sim, tenho vivência de coordenação de EPS e observo a EPS necessária para o bom funcionamento do sistema para os processos formativos diante da complexidade que se tem na atuação dentro do SUS”.
E3	“Sim, vejo a EPS ajudando nas lacunas de formação dos profissionais e de suas práticas”.
E4	“Sim, meu primeiro contato com a EPS se deu desde a graduação, depois com projeto de extensão e iniciação científica”.
E5	“Sim, meu primeiro contato com a EPS foi na residência de saúde coletiva”.
E6	“Sim, tenho mestrado na área de EPS e compreendo ela tanto quanto política, quanto prática pedagógica”.
E7	“Sim, EPS como diretrizes para nortear a formação dos recursos humanos do SUS”.
E8	“Sim, vejo EPS a partir de ações educativas qualificando melhor as habilidades e as competências”.

Fonte: entrevista realizada em 2020.

Neste quadro observamos que todos os integrantes da pesquisa têm conhecimento sobre a educação permanente em saúde e vem trabalhando na perspectiva da efetivação desta em suas práticas pedagógicas.

Notamos nas falas dos pesquisados que a ESPPE busca ter em seu quadro de docentes, sujeitos com experiências teóricas e práticas na vivência com os fundamentos da educação permanente em saúde. O que foi verbalizado pelo pesquisado **E1**, o qual destaca que a instituição tem tutores e coordenadores com experiência diante do tema EPS teoricamente, e experiência prática no trabalho. Já o entrevistado **E2** refere que a EPS é necessária para o bom funcionamento do sistema para os processos formativos diante da complexidade que se tem na atuação dentro do SUS.

No quadro 11 analisaremos os fragmentos do discurso acerca dos desafios, limites e possibilidades da educação permanente em saúde, na percepção dos entrevistados.

Quadro 11 - Apresentação de fragmentos de depoimentos dos entrevistados sobre educação permanente em saúde.

FD: Conhecimento sobre educação permanente em saúde.	
Em sua opinião quais os desafios, limites e possibilidades da educação permanente em saúde?	
Entrevistados	Fragmentos de Depoimentos
E1	<p>Desafios: “Incluir a perspectiva da EPS nos cursos técnicos, de graduação e de pós-graduação em saúde, objetivando responder as complexidades do SUS”.</p> <p>Limites: “Formação apenas técnica, sem considerar a questão política e prática trazida pela EPS. A gestão dos serviços do SUS não impulsionam formação dos profissionais na perspectiva dos processos de trabalho, o cotidiano do serviço. Ausência de formação para gerentes”.</p> <p>Possibilidades: “Garantir a efetivação dos princípios do SUS”.</p>
	<p>Desafios: “EPS como espaço estratégico para o cotidiano dos serviços, para a qualificação da política pública. Conciliação do tempo de estudo e trabalhar mudança na</p>

E2	<p>concepção em que a formação deve fazer parte do trabalho”.</p> <p>Limites: “Gestão valorizar a EPS, e apoiar inclusive para a liberação do profissional para participar do processo de formação. Alguns profissionais não entendem que o processo de formação deve ser contínuo e necessário para o seu processo de trabalho. Que pensam que o processo formativo se encerra quando se estar no mundo do trabalho, em atividade laborativa”.</p> <p>Possibilidades: “Melhorar os processos de trabalho e pensar novas estratégias para reorganizar o cotidiano dos serviços para dá conta das demandas que a população traz”.</p>
E3	<p>Desafios: “Fazer equipes de trabalho discutem os processos de trabalho”.</p> <p>Limites: “Formação conservadora graduação precisa melhorar na grade curricular, trazendo para o espaço processo de discussão sobre a realidade, considerando os princípios do SUS”.</p> <p>Possibilidades: “Permite ao profissional espaço de fortalecimento e troca, impacto no próprio serviço”.</p>
E4	<p>Desafios: “Que tipo de educação que acreditamos, queremos, a educação tradicional ou educação capaz de produzir processos de autonomia em pessoas? Mudança na concepção metodológica, valorizar os saberes, as tradições, a cultura, a memória, a história social do lugar. Desafio de produção de conhecimentos de sentidos nestes espaços tão diversificados”.</p> <p>Limites: “Diálogo do quadrilátero, da integração entre o ensino e o serviço. Se não houver diálogo serão criados cursos, sem entender a realidade”.</p>

	<p>Possibilidades: “Aprendizagem no trabalho, necessidade de produção de coisa novas, criativas. Produção de processos criativos”.</p>
<p>E5</p>	<p>Desafios: “Para mim os desafios são: faser as pactuações dos atores, gestores, profissionais para a formação. Liberação dos profissionais dos serviços. Recursos para deslocamento, manutenção dos profissionais nos cursos. Concepção pedagógica, formação crítica dos docentes frágil na lógica da criticidade, formação conservadora/conteudista”.</p> <p>Limites: “Formação conservadora dos docentes e financiamento da Política”.</p> <p>Possibilidades: “Composição das turmas com trabalhadores de diferentes localidades e diferentes formações. Formação pedagógica dos docentes. Espaço de colegiado de gestão (CIR e CIES Estadual e Regional) ”.</p>
<p>E6</p>	<p>Desafios: “Enquanto prática pedagógica o desafio é a superação da concepção tradicional da educação, concepção de transmissão de conhecimento, de pouco protagonismo do sujeito. Construir uma proposta pedagógica articulada ao trabalho. Como Política reconhecimento da EPS no SUS, preocupação com a formação dos trabalhadores ainda não é considerada central na construção”.</p> <p>Limites: “O financiamento e reconhecimento da EPS nas três áreas: nacional, estadual e municipal”.</p> <p>Possibilidades: “O referencial teórico, centralidade no trabalho, perspectiva crítica, formação voltada para dentro do SUS. As escolas de governo como estruturas para as formações”.</p>

<p>E7</p>	<p>Desafios: “A concepção de formação dentro do MEC (a lógica de treinamento, da fragmentação, de que o curso superior é quem detém o conhecimento, que vai reproduzir para o nível médio). A EPS tem uma lógica de processo horizontal, de um processo de discussão, de formação em serviço, incorporar a pauta da EPS dentro dos serviços. EPS tem um propósito de no dia a dia está para qualificar o serviço para propor mudança de prática”.</p> <p>Limites: “Descaracterização da política, falta de financiamento da política, ausência de debate dos MS e MEC, integração das três esferas de governo sobre EPS”.</p> <p>Possibilidades: “Avanços nas instituições de ensino, o controle social fazendo parte da EPS, as ações estruturas para os atores no quadrilátero, formação crítica do cotidiano”.</p>
<p>E8</p>	<p>Desafios: “Os profissionais pensarem para além da sua caixinha, se reconhecerem como sujeito transformador. Um lugar de não reprodução da educação tradicional, ajudar o trabalhador a pensar este lugar do trabalho, e o meu lugar nesse espaço de trabalho, se colocando no espaço político e social, para que a prática não seja apenas de reproduzir, sem reflexão. Desconstruir os processos pedagógicos vivenciados pelos docentes, cada docente traz sua bagagem de vida e sua perspectiva pedagógica de atuação, respeitando o lugar singular de cada pessoa”.</p> <p>Limites: “Financiamento da Política”.</p>

Fonte: entrevista realizada em 2020.

Para melhor entendimento das análises acerca dos discursos acima apresentados, dividimos este item em três tópicos: a) desafios da educação permanente em saúde, b) limites da educação permanente em saúde, e c) possibilidades da educação permanente em saúde, segundo a visão dos entrevistados.

No primeiro tópico desafios existentes para a efetivação da EPS, destaco dois campos relatos pelos pesquisados: o primeiro campo refere-se à formação acadêmica, onde aludem os desafios da aplicação dos pressupostos da educação permanente em saúde nos cursos de graduação das áreas da saúde, a superação da concepção conservadora e tradicional da educação (concepção de transmissão de conhecimento) e o protagonismo do sujeito.

A respeito dos relatos acima, Figueiredo (2015) expressa a importância de romper com estruturas rígidas e hierarquizadas do ensino tradicional e, assim, se contrapõe às formas retas e acostumadas da produção do cuidado em saúde. Ressalta a necessidade de mudança nos cenários institucionais de educação na saúde e orienta ainda, para a necessidade do encontro entre os diferentes sujeitos e a incorporação do novo a partir da ação-reflexão-ação no processo de trabalho (FIGUEIREDO et al, 2015).

Sarreta (2009) indica a superação da educação como um elemento funcional para ser capaz de ir além dos cursos e treinamentos isolados e voltados para problemas imediatos dos serviços.

Para as autoras Mendonça e Nunes (2011), a superação das práticas tradicionais de ensino são necessárias em razão destas não darem conta de responder os desafios atuais, considerando a pouca abertura para o diálogo, para a escuta, para a integralidade e para a construção coletiva.

O entrevistado **L4**, em seu discurso reflete: “que tipo de educação que acreditamos, queremos, a educação tradicional ou educação capaz de produzir processos de autonomia em pessoas? Mudança na concepção metodológica, valorizar os saberes, as tradições, a cultura, a memória, a história social do lugar. Desafio de produção de conhecimentos de sentidos nestes espaços tão diversificados”.

Para Ceccim (2004) a lógica da educação permanente é descentralizadora, ascendente e transdisciplinar. O que proporciona a democratização institucional; o desenvolvimento da capacidade de aprendizagem, da capacidade de docência e de enfrentamento criativo das situações de saúde; de trabalhar em equipes matriciais e de melhorar permanentemente a qualidade do cuidado à saúde, bem como constituir práticas técnicas críticas, éticas e humanísticas. (CECCIM, 2004, p. 50).

No segundo campo, os desafios estão vinculados as ações que são desenvolvidas na atuação do profissional, ou seja, quando estes já estão vivenciando

o espaço de trabalho. Os desafios relatados foram: formação como parte do trabalho, trabalhador discutindo processos de trabalho, formação em serviço e profissional se reconhecer como sujeito transformador dos espaços de trabalho e de suas práticas.

Para a reflexão deste segundo cenário os autores Franco e Koifman (2010) verbalizam que EPS apresenta como desafio o fato de que a produção do cuidado em saúde e sua micropolítica são constituídas por práticas pedagógicas que também são práticas sociais de trabalho que envolvem reflexões sobre as relações estabelecidas neste processo produtivo.

Os autores Ricaldoni e Sena (2006) destacam a possibilidade da EPS em estimular o desenvolvimento da consciência dos sujeitos em relação ao seu contexto, bem como seu envolvimento, participação e responsabilidade em seu processo educativo, tendo como cenário o próprio espaço de trabalho, no qual pensar e fazer são fundamentais no processo de aprender, ensinar e trabalhar. A entrevistada **E3** descreve o desafio de construir/processar equipes de trabalho que possam discutir seus processos de trabalho.

Para Silvia e Backes (2007) a ação educativa no trabalho pode ocorrer mediante a construção de espaços coletivos para avaliar as formas de projetar, refletir e intervir sobre elas, que permitam maior participação dos sujeitos no processo e que sejam institucional e socialmente construídas.

Nas afirmações dos autores descritas acima, os entrevistados **E2 e E7** ratificam as afirmações quando relatam:

E2 “EPS como espaço estratégico para o cotidiano dos serviços, para a qualificação da política pública. Conciliação do tempo de estudo e trabalhar mudança na concepção em que a formação deve fazer parte do trabalho”.

E7 “A EPS tem uma lógica de processo horizontal, de um processo de discussão, de formação em serviço, incorporar a pauta da EPS dentro dos serviços. EPS tem um propósito de no dia a dia está para qualificar o serviço para propor mudança de prática”.

Ceccim (2005) indica que educação permanente em saúde é um desafio necessário dadas às exigências cada vez mais complexas que se fazem no trabalho em saúde, para além da demanda por transmissão ou atualização de conhecimentos, mas para a consolidação de práticas voltadas a resolutividade dos problemas de saúde das populações locais (CECCIM, 2005).

No segundo tópico temos os limites existentes para a efetivação da educação permanente em saúde, com proeminência dos pesquisados para: mais uma vez a formação conservadora e tecnicista dos profissionais foi citada, o financiamento da política de educação permanente em saúde, a liberação dos profissionais, por sua chefia imediata, para participar das formações, pouco diálogo entre os entes do quadrilátero.

Na abordagem sobre a formação conservadora, citada pelos sujeitos da pesquisa tanto nos desafios quanto nos limites da educação permanente em saúde, Davini (2009) refere que a EPS busca inverter a lógica em relação ao processo tradicional de educação, colocando as pessoas como “atores reflexivos da prática e construtores do conhecimento e de alternativas de ação, ao invés de receptores”.

A EPS aponta a necessidade de se superar a formação profissional orientada pelo modelo biomédico, focado na fragmentação do processo de trabalho e na produção de especialismos técnico-científicos, visto a sua insuficiência diante da complexidade do processo saúde-doença, por não considerar o sujeito na sua integralidade. (BRASIL, 2005b).

Observa-se que o sistema educacional de uma forma geral, baseia-se numa pedagogia hegemonicamente tecnicista e de transmissão de conhecimento, formando profissionais não preparados para atuarem com a problematização dos processos de trabalho, sem visão crítica da realidade e dos serviços de saúde. Nesta perspectiva os participantes destacaram:

E1 “Formação apenas técnica, sem considerar a questão política e prática trazida pela EPS. A gestão dos serviços do SUS não impulsionam formação dos profissionais na perspectiva dos processos de trabalho, o cotidiano do serviço. Ausência de formação para gerentes”.

E3 “Formação conservadora, graduação precisa melhorar na grade curricular, trazendo para o espaço processo de discussão sobre a realidade, considerando os princípios do SUS”.

O Ministério da Saúde para nortear as estratégias da implantação e implementação da EPS, buscou nos estudos dos autores Ceccim e Feuerwerker embasamento com o que denominaram de Quadrilátero da Educação Permanente em Saúde (CECCIM E FEURWERKER, 2004), sendo estes formados por: gestão, atenção, instituições formadoras e controle social, elementos fundamentais para a recomposição das práticas e das políticas de formação voltadas para o setor da saúde.

No quadrilátero estão aspectos éticos, estéticos, tecnológicos e organizacionais operando em correspondência, em agenciamento de atos permanentemente reavaliados e contextualizados (CECCIM, FEUERWERKER, 2004, p.13).

O que se espera, é que os atores compreendidos no Quadrilátero da Educação Permanente, sejam capazes de problematizar de forma articulada suas ações, na busca de soluções aos desafios colocados para o sistema único de saúde brasileiro. Sobre esta reflexão encontramos a expressão na fala do pesquisado **E4**, o qual relatou a importância do diálogo do quadrilátero, da integração entre o ensino e o serviço. Enfatizando que se não houver diálogo serão criados cursos, sem entender a realidade.

Abordaremos agora o terceiro tópico, que trata das possibilidades existentes para a efetivação da educação permanente em saúde, a partir da visão dos pesquisados. Nos discursos apresentados temos: garanti a efetivação dos princípios do SUS, produção de processos mais críticos, diversidade nas formações, formação voltada para o SUS, participação do controle social com formação crítica do cotidiano e as ações estruturas para os atores do quadrilátero.

Peduzzi (2009) refere que para o fortalecimento do SUS e da transformação das práticas de saúde, é necessária a ampliação do debate em torno da educação permanente em saúde como política pública, devendo esta ser implementada nos níveis local, regional, municipal, estadual e federal.

A autora entende que os esforços articulados dos diversos níveis dessa política, permitirão avanços na transformação das práticas educativas de trabalhadores, impedindo que as ações se reduzam a uma mera mudança de denominação relacionada ao desenvolvimento dos trabalhadores da saúde. No discurso do pesquisado **E7** observamos que o mesmo relata avanços nas instituições de ensino, o controle social fazendo parte da EPS, as ações estruturas para os atores no quadrilátero, formação crítica do cotidiano. Outros elementos importantes trazidos pelos pesquisados para a efetividade da EPS são:

E2 “Melhorar os processos de trabalho e pensar novas estratégias para reorganizar o cotidiano dos serviços para dá conta das demandas que a população traz”.

E6 “O referencial teórico, centralidade no trabalho, perspectiva crítica, formação voltada para dentro do SUS. As escolas de governo como estruturas para as formações”.

4.1.3.3. Formação Discursiva (FD): Desenvolvimento da Formação.

No item desenvolvimento da formação, executamos dois tipos de questionamentos, um direcionado aos docentes e outro direcionados aos gestores e áreas técnicas - coordenadores de curso. Para a análise do discurso deste item, referente ao grupo de docentes, foram observados os fragmentos de depoimentos (FD) do tópico Q3, com as perguntas classificadas por Q3.1, Q3.2, Q3.3 e Q3.4, sendo identificados nos quadros 12, 13, 14 e 15. E para o grupo de gestores e áreas técnicas - coordenadores de curso, encontraremos os resultados dos Q3.1, Q3.2, Q3.3, Q3.4, nos quadros 16, 17, 18 e 19.

Abaixo descrições dos diálogos e análises dos discursos.

Quadro 12 - Apresentação de fragmentos de depoimentos dos docentes sobre desenvolvimento da formação.

FD: Desenvolvimento da formação.	
Como se processa o planejamento das atividades em sala de aula?	
Entrevistados	Fragmentos de Depoimentos
E1	“A escola proporciona encontros de alinhamento pedagógico, planejamento de forma conjunta e horizontal. Criação dos planos de aula, com objetivos e interligados com todas as disciplinas do curso. Visualizo estes momentos como uma criação de um tecido, como um trançado de forma horizontal”.
E2	“Reunião com a equipe da coordenação de curso, na perspectiva de interação interprofissional e trabalho em equipe. Recebe ementa do curso com indicação das disciplinas e objetivos de aprendizagem da disciplina”.
E3	“Debate com os discentes, onde eles trazem suas experiências, na perspectiva das trocas”.
E4	“A escola tem um modelo, o planejamento deve ser adequado a realidade da escola”.

Fonte: entrevista realizada em 2020.

A PNEPS alude que os diversos atores deverão desenvolver novas propostas pedagógicas, que sejam capazes de mediar a construção do conhecimento. Para que os serviços possam, efetivamente, tornar-se espaços de aprendizagem serão necessários novos mecanismos de planejamento e de gestão. (BRASIL, 2004, p. 16).

Segundo os entrevistados a ESPPE vem desenvolvendo momentos de planejamento para organização dos cursos e das aulas, o que observamos no relato de **E1**, o qual diz que a escola proporciona encontros de alinhamento pedagógico, planejamento de forma conjunta e horizontal. Criação dos planos de aula, com objetivos e interligados com todas as disciplinas do curso. Diz ainda, visualizar estes momentos como uma criação de um tecido, como um trançado de forma horizontal. Já para o **E2**, a escola reuni a equipe da coordenação de curso, na perspectiva de interação interprofissional e trabalho em equipe. Recebe ementa do curso com indicação das disciplinas e objetivos de aprendizagem da disciplina.

No quadro a seguir delinearemos os sentidos e as significações que emergem nos discursos dos sujeitos pesquisados, na formação discursiva (FD): marcas do discurso acerca do desenvolvimento da formação.

Quadro 13 - Apresentação de fragmentos de depoimentos dos docentes sobre desenvolvimento da formação.

FD: Desenvolvimento da formação.	
De que forma são construídos os saberes em sua disciplina?	
Entrevistados	Fragmentos de Depoimentos
E1	“Sempre considera as experiências dos discentes, valorizando o cotidiano de cada participante. E os docentes também têm conhecimento do cotidiano e práticas do grupo que está em formação. Momentos que façam sentido para os discentes”.
E2	“Compartilhamento dos conhecimentos e práticas dos discentes, a luz das teorias trabalhadas em sala de aula, apropriação das teorias discutidas, articulação entre teoria e prática”.

E3	“Conhecer o território e a população para intervenção, conhecer, analisar e intervir”.
E4	“Tento o máximo utilizar a educação popular, construção compartilhada do conhecimento, escutar, para além de produzir uma aula, eu acho o mais importante é produzir junto aquele saber, a escola nos dar liberdade para que possamos construir isso.

Fonte: entrevista realizada em 2020.

Ceccim (2005) refere que a educação não visa a transmissão do conhecimento, mas estimula a interação, cuja consequência é a influência de um sujeito sobre o outro, entre os contextos culturais, criando contextos educacionais.

Comungando desta afirmativa o entrevistado **E1** diz que para os saberes construídos em sua disciplina, considera sempre as experiências dos discentes, valorizando o cotidiano de cada participante. Para o entrevistado **E2** os saberes construídos em sua disciplina estão vinculados ao compartilhamento dos conhecimentos e das práticas dos discentes, a luz das teorias trabalhadas em sala de aula, articulando teoria e prática.

Ribeiro e Motta (1996) referem que “não há aprendizagem se os atores não tomam consciência do problema e se nele não se reconhecem, em sua singularidade”. Para o pesquisado **E4** sobre o desenvolvimento dos saberes verbaliza a utilização da educação popular, a construção compartilhada do conhecimento, escutar para além de produzir uma aula. Eu acho o mais importante é produzir junto aquele saber.

Os achados neste item operam para o entendimento de que o envolvimento de todos os atores (discentes, docentes e gestão), produzem a riqueza de saberes, advindos das trocas de experiências, as quais proporcionam novos arranjos e novos conhecimentos.

No quadro 14 descreveremos os sentidos e as significações que emergem nos discursos dos sujeitos pesquisados, na formação discursiva (FD): marcas do discurso acerca do desenvolvimento da formação.

Quadro 14 - Apresentação de fragmentos de depoimentos dos docentes sobre desenvolvimento da formação.

FD: Desenvolvimento da formação.	
Em sala de aula como é articulada a relação entre teoria e prática?	
Entrevistados	Fragmentos de Depoimentos
E1	“Discutir casos, a realidade da rede de assistência, sabendo e conhecendo os limites que a rede tem, proposta teórica da rede, mas sabendo que na realidade ela se configurado outra forma”.
E2	“Compartilhamento da realidade do trabalho, com as teorias apresentadas no curso. O processo avaliativo acontece a partir das atividades propostas e dos objetivos da aprendizagem, metodologia participativa, problematização, princípios da EPS”.
E3	“Debate com os discentes, onde eles trazem suas experiências, na perspectiva das trocas”.
E4	“Entender as realidades do território, a história e a cultura da cidade, respeitando o território e a partir disso colaborar na construção desses saberes. O papel do educador é construir a partir do que a gente encontra lá e não depositar um conhecimento fora da realidade”.

Fonte: entrevista realizada em 2020.

No item como os sujeitos da pesquisa articulam a teoria e a prática em sala de aula, Sarreta (2009) revela que o diferencial é a construção coletiva de novas estratégias de trabalho comprometidas com os princípios e as diretrizes do SUS e com as necessidades de cada região mediante a problematização das práticas cotidianas, visando recuperar as ações e desenvolver a autonomia e a participação.

Diante da abordagem de Sarreta, observamos alguns traços desta referência no discurso do pesquisado **E4** e **E2**, os quais ressaltam a importância da articulação desses dois elementos. Para **E4** desenvolver a relação entre teoria e prática é

necessário “entender as realidades do território, a história e a cultura da cidade, respeitando o território, e a partir disso colaborar na construção desses saberes. O papel do educador é construir a partir do que a gente encontra lá e não depositar um conhecimento fora da realidade”.

Para o pesquisado **E2** a relação teoria e prática resulta do compartilhamento da realidade do trabalho, com as teorias apresentadas no curso. O processo avaliativo acontece a partir das atividades propostas e dos objetivos da aprendizagem, metodologia participativa, problematização.

A seguir veremos no quarto 15 a representação dos fragmentos de depoimentos dos entrevistados sobre desenvolvimento da formação do grupo de docentes.

Quadro 15 - Apresentação de fragmentos de depoimentos dos docentes sobre desenvolvimento da formação.

FD: Desenvolvimento da formação.	
Os conhecimentos produzidos e sistematizados em sala de aula são estimulados nos espaços e práticas de trabalho dos alunos?	
Entrevistados	Fragmentos de Depoimentos
E1	“Sim, trabalhamos com os alunos os projetos de intervenção. Os discentes percebem a escola como parceiro nesta construção e reflexão sobre o cotidiano. Como forma de verificar a atuação e as mudanças nas ações a partir das vivências no curso, a escola tem organizado mostras (anualmente) de experiências exitosas para divulgar os planos de intervenção (construção durante o curso) e seus êxitos na aplicabilidade do que apreendido”.
E2	“Sim, no discurso dos alunos é percebido algumas mudanças na percepção, voltando o olhar para coisa que nunca tinham percebido. Observam que aos poucos é possível mudá-la, alterar o processo de trabalho, fazendo diferente do que está estabelecido. A escola estimula a

	produção de projetos de intervenção objetivando a prática”.
E3	“Sim, alguns discentes conseguem colocar em prática, outros não”.
E4	“Sim, há relatos de algumas mudanças nas práticas dos alunos. Tem mostras de experiências exitosas, mais existem alguns empecilhos por parte da gestão dos serviços, a gestão limita bastante a criatividade dos profissionais”.

Fonte: entrevista realizada em 2020.

Para a discussão do questionamento se os conhecimentos produzidos e sistematizados em sala de aula são estimulados nos espaços e práticas de trabalho dos alunos da ESPPE, trazemos Lopes (2007), o qual afirma que a atividade do sujeito pode ser o ponto de partida do seu saber real, podendo determinar sua aprendizagem subsequente, uma vez que o conhecimento tem sua origem na identificação das necessidades do serviço e na busca de solução para os problemas encontrados.

Para esse debate, trouxemos também Franco (2007), o qual afirma que há duas grandes dimensões no campo da educação: uma da cognição, que é dada pela capacidade de transferir e produzir conhecimento técnico em saúde, aplicado aos seus processos produtivos, dentro de uma certa organização do trabalho; e outra, da subjetivação, que deve ser dada pela capacidade que têm certas pedagogias de promover mudanças na subjetividade. (FRANCO, 2007, p.431). Indicando ainda, que os processos educacionais na saúde possibilitam a produção de sujeitos, entendidos como coletivos, com capacidade de intervir na realidade, com o objetivo de transformá-la (FRANCO, 2007, p.430).

Freire (1996) em seus estudos nos ajuda a compreender que a educação promove mudanças e ressalta que só intervém quem constata e quem se coloca como sujeito na intervenção. A constatação da realidade gera novos saberes e novas habilidades de decisão, de escolha e de não neutralidade.

Diante o exposto observamos que os entrevistados descrevem vivências dos discentes em suas práticas, inclusive com mudanças de posturas e de processos de trabalho, a partir das discussões travadas durante as formações, a saber: para o

pesquisado **E2**, refere que no discurso dos alunos é percebido algumas mudanças na percepção, voltando o olhar para coisa que nunca tinham percebido. Observam que aos poucos é possível mudá-la, alterar o processo de trabalho, fazendo diferente do que está estabelecido. A ESPPE estimula a produção de projetos de intervenção objetivando a prática.

O pesquisado **E1** verbaliza: trabalhamos com os alunos os projetos de intervenção. Os discentes percebem a escola como parceiro nesta construção e reflexão sobre o cotidiano. Como forma de verificar a atuação e as mudanças nas ações a partir das vivências no curso, a escola tem organizado mostras (anualmente) de experiências exitosas para divulgar os planos de intervenção (construção durante o curso) e seus êxitos na aplicabilidade do que é apreendido.

Para o pesquisado **E4**, é observado algumas mudanças nas práticas dos discentes, porém, revela algumas dificuldades com relação a gestão. Descreve: há relatos de algumas mudanças nas práticas dos alunos. Tem mostras de experiências exitosas, mais existem alguns empecilhos por parte da gestão dos serviços, a gestão limita bastante a criatividade dos profissionais.

Merhy (2006) aponta que qualquer projeto que aspire a uma mudança deve tentar ao mesmo tempo a mudança das pessoas (valores, culturas, ideologias) e o funcionamento dos serviços, pensando e promovendo a relação orgânica entre pessoas e instituições.

A seguir, trataremos dos resultados obtidos nos discursos capturados das entrevistas realizadas no grupo dos gestores e áreas técnicas - coordenadores de curso. Encontraremos os resultados dos fragmentos de depoimentos (FD) do tópico Q3. Divididos nos tópicos Q3.1, Q3.2, Q3.3 e Q3.4, analisados nos quadros 16, 17, 18 e 19.

Abaixo no quadro 16 veremos as descrições dos diálogos com as transcrições dos fragmentos dos depoimentos dos discursos, sobre desenvolvimento da formação, a luz dos entrevistados no grupo de gestores e áreas técnicas - coordenadores de curso.

Quadro 16 - Apresentação de fragmentos de depoimentos dos gestores e áreas técnicas - coordenadores de curso sobre desenvolvimento da formação.

FD: Desenvolvimento da formação.	
Como se dá à identificação da necessidade de aprendizagem por parte dos trabalhadores da Rede de Saúde?	
Entrevistados	Fragmentos de Depoimentos
E5	“Áreas técnicas demandam, escuta das necessidades dos profissionais e dos gestores dentro dos colegiados. Ministério da Saúde também coloca projetos”.
E6	“Existe uma pactuação com os gestores que colocam as necessidades para as áreas técnicas, e as áreas entram em contato com a ESPPE, para discutirem e identificarem uma temática ou conteúdo específico”.
E7	“Articulação para saber as demandas com: colegiado da CIR, CIES Regional, das áreas técnicas das GERES, da SES através do plano estadual de saúde, a partir das necessidades dos trabalhadores”.
E8	“Realidade da demanda dos serviços, um caminho articulação com a DGES, através do plano estadual, e do plano regional, através das áreas técnicas da SES, GERES com as demandas dos profissionais dos municípios, a partir das CIES estadual e regional, demandas do próprio MS, implantação de alguns projetos, com incentivos do MS. Pactuação e articulação na CIB, CIR, CIES, SES”.

Fonte: entrevista realizada em 2020.

De acordo com Davini (2009) a EPS deve ocorrer no próprio contexto social, sanitário e do serviço, a partir dos problemas da prática na vida cotidiana das organizações.

Ribeiro (2016) indica que a EPS deve vir de um planejamento educativo ascendente, partindo de uma análise dos coletivos da saúde e assim identificando os nós críticos a serem enfrentados na atenção e/ou na gestão.

Questionados quanto à identificação das necessidades de aprendizagem por parte dos trabalhadores da rede de saúde, os entrevistados verbalizaram articulação com setores da saúde, como indica **E6** quando relata a existência de pactuação com os gestores que colocam as necessidades para as áreas técnicas, e as áreas entram em contato com a ESPPE, para discutirem e identificarem uma temática ou conteúdo específico. O entrevistado **E8** declara buscar a realidade da demanda dos serviços, através do plano estadual e do plano regional, através das áreas técnicas da SES, GERES com as demandas dos profissionais dos municípios, a partir das CIES estadual e regional, demandas do próprio MS (implantação de alguns projetos). Pactuação e articulação na CIB, CIR, CIES, SES.

No quadro que se segue discorreremos sobre os fragmentos de depoimento dos entrevistados (grupo gestores e áreas técnicas - coordenadores de curso) sobre desenvolvimento da formação.

Quadro 17 - Apresentação de fragmentos de depoimentos dos gestores e áreas técnicas - coordenadores de curso sobre desenvolvimento da formação.

FD: Desenvolvimento da formação.	
Como se processa o planejamento das atividades da Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco?	
Entrevistados	Fragmentos de Depoimentos
E5	“Credenciamento dos docentes, formação pedagógica dos docentes, criação do plano de aula”.
E6	“Processo pedagógico considerando o que é trazido pelos discentes enquanto problemática no trabalho, criar atividades com recursos que façam emergir isso, estratégia de ensino/aprendizagem que tragam os problemas reais do trabalho. Reflexão das vivências deles, com a construção de projeto de intervenção”.

E7	“É apresentado ao docente o curso, alinhamento pedagógico, princípios e metodologia. Eles apresentam plano de curso ajustado, como ele conduz sua postura em sala de aula”.
E8	“As equipes vão sendo ampliadas, quando incluimos todos os docentes, os tutores ou instrutores. A gente vai ter o plano de curso estruturado, mas no desenvolver do plano de aula, a gente vai ter a contribuição dessa equipe de docentes, de instrutores, junto com a equipe de ESPPE, que vão sendo reorganizados, estruturados, adequados e repensados”.

Fonte: entrevista realizada em 2020.

Ceccim (2004) aponta a necessidade de novos mecanismos de planejamento e gestão para que os serviços possam ser espaços de aprendizagem. Na perspectiva da educação permanente e da significação dos processos de formação pelas necessidades sociais em saúde, integralidade do atendimento e rede de cuidados, é necessário que as instituições formadoras também realizem importantes iniciativas inovadoras na área do planejamento e da gestão educacionais.

A ESPPE tem proporcionado aos docentes formação pedagógica no tocante a instrumentalização da prática pedagógica adotada pela Escola, apresentando seus fundamentos políticos e pedagógicos e o acompanhamento do desenvolvimento dessas práticas. O que observamos nos discursos que se seguem: **E6** o processo pedagógico considerando o que é trazido pelos discentes enquanto problemática no trabalho, criar atividades com recursos que façam emergir isso, estratégia de ensino/aprendizagem que tragam os problemas reais do trabalho. Reflexão das vivências deles, com a construção de projeto de intervenção. Para o pesquisado **E7** o planejamento acontece a partir da apresentação do curso ao docente, faz alinhamento pedagógico, princípios e metodologia. Eles apresentam plano de curso ajustado, como ele conduz sua postura em sala de aula.

Dewey (1979) defende uma preparação mais adequada e assertiva do professor, para que este docente, em sua formação, aprenda a estar apto a lidar com

qualquer situação, qualquer desafio que venha a aparecer, refletindo sobre esses desafios e apresentando soluções.

No quadro abaixo, quadro 18 discorreremos sobre os fragmentos de depoimento dos entrevistados (grupo gestores e áreas técnicas - coordenadores de curso) sobre desenvolvimento da formação.

Quadro 18 - Apresentação de fragmentos de depoimentos dos gestores e áreas técnicas - coordenadores de curso sobre desenvolvimento da formação.

FD: Desenvolvimento da formação.	
Como ocorre a seleção dos docentes da Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco?	
Entrevistados	Fragmentos de Depoimentos
E5	“Através de seleção, credenciamento dos docentes, depois eles passam por uma formação pedagógica”.
E6	“Processo de seleção, a escola faz processo de credenciamento. Constrói um perfil do profissional, um currículo, um perfil que não seja só acadêmico, que tenham vivência/experiência na área do curso e tempo de atuação profissional no SUS. A concepção pedagógica que o candidato apresenta também é avaliada”.
E7	“A seleção ocorre através de credenciamento, edital público, habilitação para profissional para aquele curso. Todo quadro da gestão da escola atua como docente, como orientador e formula as ações. Cada ação educacional (curso) demanda um quadro de docente específico”.
E8	“O quadro de profissionais da ESPPE não é concursado. São realizados editais públicos de seleção”.

Fonte: entrevista realizada em 2020.

A Lei nº 15.066, de 04 de setembro de 2013, instituiu a Escola de Governo em Saúde Pública do Estado de Pernambuco (ESPPE), como uma unidade técnica de

natureza pública, dotada de autonomia administrativa e financeira, vinculada à Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco - SES/PEA. Sua finalidade é promover a execução de atividades de ensino, pesquisa e extensão para o desenvolvimento dos profissionais e servidores públicos que atuam no Sistema Único de Saúde no Estado de Pernambuco.

Neste item lançamos o questionamento aos participantes acerca da seleção dos docentes para execução dos cursos ministrados pela Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco.

O pesquisado **E7** relata que o processo da seleção de docentes ocorre através de credenciamento, edital público, habilitação para profissional para aquele curso. Cada ação educacional (curso) demanda um quadro de docente específico. O pesquisado **E6** ressalta que a ESPPE para selecionar os docentes utiliza o processo de credenciamento. Constrói um perfil do profissional, um currículo, um perfil que não seja só acadêmico, que tenham vivência/experiência na área do curso e tempo de atuação no SUS. A concepção pedagógica que o candidato apresenta também é avaliada. O pesquisado **E5** acrescenta que após a seleção, os aprovados passam por uma formação pedagógica, que denominam de alinhamento pedagógico.

No quadro abaixo, quadro 19 discorreremos sobre os fragmentos de depoimento dos entrevistados (grupo gestores e áreas técnicas - coordenadores de curso) sobre desenvolvimento da formação.

Quadro 19 - Apresentação de fragmentos de depoimentos dos gestores e áreas técnicas - coordenadores de curso sobre desenvolvimento da formação.

FD: Desenvolvimento da formação.	
Como são estruturadas as temáticas trabalhadas pelos docentes em sala de aula?	
Entrevistados	Fragmentos de Depoimentos
E5	"Escuta dos gestores dentro dos colegiados, a partir das necessidades dos profissionais".

E6	“O curso de especialização tem uma diretriz nacional e foi reformulado considerando a realidade do Estado de Pernambuco. Traz um conteúdo, uma área de conhecimento (plano de curso) trabalho, educação e produção de conhecimento compreendendo que os trabalhadores disparam processos de EPS nos seus locais de trabalho”.
E7	“A partir das articulações nos colegiados e das áreas técnicas das GERES, para saber as demandas a partir das necessidades dos trabalhadores e das necessidades de saúde”.
E8	“Realidade da demanda dos serviços, através do plano estadual e do plano regional, baseado nas demandas os profissionais dos municípios”.

Fonte: entrevista realizada em 2020.

Baseado nas indicações acima descritas, observamos que os entrevistados trazem em seus discursos as vivências com as metodologias traçadas pela educação permanente em saúde. Onde o principal eixo diz respeito ao processo de escuta da realidade dos profissionais. Observada nas palavras de **E8**, o qual revela que as temáticas trabalhadas pelos docentes em sala de aula são construídas a partir da realidade da demanda dos serviços de saúde, através do plano estadual e do plano regional de educação permanente e baseadas nas demandas dos profissionais dos municípios.

Ceccim (2004) reflete que as instituições formadoras devem prover os meios adequados à formação de profissionais necessários ao desenvolvimento do SUS e a sua melhor consecução, permeáveis o suficiente ao controle da sociedade no setor, para que expressem qualidade e relevância social coerentes com os valores de implementação da reforma sanitária brasileira.

Para Nicoletto (2009), a educação permanente em saúde é um estímulo propulsor para a criação de espaços de diálogo e aprendizagem, onde os sujeitos possam discutir e compartilhar suas vivências, os entraves quanto ao processo de trabalho e as necessidades de saúde da população, construindo o conhecimento de

forma coletiva. Nesta perspectiva o pesquisado **E7** verbaliza que a construção das temáticas trabalhadas pelos docentes em sala de aula é articulada nos colegiados e nas áreas técnicas das GERES, para saber as demandas a partir das necessidades dos trabalhadores e das necessidades de saúde.

4.1.4. ANÁLISE DOCUMENTAL

Para a realização da análise documental, tivemos acesso aos seguintes documentos: Projeto Político Pedagógico, Planos de Curso e de Aula, Regimento Interno, Leis e Portarias, Plano de Educação Permanente em Saúde de Pernambuco.

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde possui duas vertentes: uma normativa, ligada às diretrizes estabelecidas em portarias, expedidas pelo Ministério da Saúde, as quais regulamentam e direcionam a Política. E uma dimensão pedagógica, que institui novas orientações para a realização de atividades educativas nos serviços de saúde. Esta Política traz para a formação dos trabalhadores da saúde os pressupostos da problematização e aprendizagem significativa, na perspectiva de possibilitar a transformação das práticas profissionais.

Para a Educação Permanente em Saúde, a formação dos profissionais de saúde necessita mudar a lógica das instituições de ensino, para o incentivo à produção de conhecimento nos serviços (CECCIM, 2005). Aponta a necessidade de se superar a formação profissional orientada pelo modelo biomédico, focado na fragmentação do processo de trabalho e na produção de especialismos técnico-científicos, visto a sua insuficiência diante da complexidade do processo saúde-doença, por não considerar o sujeito na sua integralidade (BRASIL, 2005b).

Com base na análise dos documentos acima mencionados foi possível identificar que a ESPPE, traz em seu arcabouço teórico e jurídico elementos que estão em consonância com o que é valorado e estimulado pela Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, regulamentada através da Portaria GM/MS nº 1.996/2007.

A Lei nº 15.066, de 04 de setembro de 2013, instituiu a Escola de Governo em Saúde Pública do Estado de Pernambuco (ESPPE) como uma unidade técnica de natureza pública, dotada de autonomia administrativa e financeira, vinculada à Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco - SES/PE, desempenhando suas ações

em consonância com a Secretaria Executiva de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde da SES/PE. A finalidade da ESPPE é promover a execução de atividades de ensino, pesquisa e extensão para o desenvolvimento dos profissionais e servidores públicos que atuam no Sistema Único de Saúde no Estado de Pernambuco.

A Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, exige das escolas públicas e privadas do território nacional, a construção e execução de proposta pedagógica, ou seja, a construção de um Projeto Político Pedagógico – PPP, que em seu Art. 12 normatiza: “Os estabelecimentos de ensino, respeitadas as normas comuns e as do seu sistema de ensino, terão a incumbência de: I - elaborar e executar sua proposta pedagógica”. (LDBEN, nº 9394/96, no Art. 12).

Veiga (2011) declara que o projeto político pedagógico tem por finalidade assegurar o funcionamento da vida escolar e seu cotidiano, sua estrutura física, funcional e pedagógica, assim como dar a garantia e legitimidade que a escola seja palco de inovações, investigações e grandes ações fundamentadas num referencial teórico metodológico que permita a construção de sua identidade e exerça seu direito à diferença, à singularidade, à transparência, à solidariedade e à participação democrática (VEIGA, 2011).

Ao analisarmos o Projeto Político Pedagógico da ESPPE observamos que o mesmo traz uma proposta pedagógica de cunho progressista - modelo histórico-dialético, realizada a partir da reflexão sobre a prática, de forma contextualizada e problematizadora, gerando aprendizagens significativas, buscando aliar metodologias voltadas para o estímulo de posturas profissionais críticas, ativas e reflexivas, que possibilitem garantir a formação de trabalhadores com competência técnica e política comprometidos com a valorização da vida e o respeito aos direitos de todas as pessoas (ESPPE - PPP, 2014, p.22). O referido documento também apresenta a organização institucional (equipe técnica, corpo docente e formação, comunicação com a comunidade, articulações político-institucionais, infraestrutura física, recursos pedagógicos e outros ambientes de aprendizagem); órgãos colegiados (concelhos de classe e escolar e colegiado de gestão); a organização curricular (níveis e modalidades de ensino, pressupostos metodológicos da formação, pesquisa e extensão, processos de formação, estágios, certificação) e as práticas de avaliação (avaliação da aprendizagem, aproveitamento de conhecimento e experiências profissionais, frequência, avaliação institucional).

A ESPPE adota como as principais metodologias, concepções e correntes pedagógicas: Problem Based Learning – PBL ou Aprendizagem Baseada em Problemas-ABP; Ativas; Participativas; Pedagogia Crítico-Social dos conteúdos e a Problemática, baseadas nos pressupostos do materialismo histórico-dialético. Para tanto, devem ser privilegiadas as práticas pedagógicas nas quais os estudantes participem ativamente dos processos de ensino e aprendizagem, reflitam sobre a prática profissional à luz da negação cotidiana de direitos, mas também, de modo comprometido com a afirmação de direitos positivados, sem, no entanto, ocasionar um esvaziamento do conhecimento específico da área de saúde, o que se mostra possível ao assumirmos um percurso formativo, no qual a proposta didática contemple o ciclo de apropriação do conhecimento. (ESPPE -PPP, 2014, p.32).

Segundo Savani (1987), a educação deve promover a inclusão social dos indivíduos através da aprendizagem significativa. Trazer a realidade cotidiana do aluno, para que se faça uma análise crítica desta. A escola deve buscar maneiras e meios de democratizar o saber e favorecer a inclusão social do indivíduo, evitando a seletividade. O saber deve ser construído coletivamente, por isso é imprescindível a participação de todos os envolvidos no processo de ensino-aprendizagem.

Nesta perspectiva, observamos que a ESPPE estimula às práticas de produção de conhecimento promovendo a interface entre os serviços e a comunidade. Prioriza as metodologias participativas, as quais favorecem o diálogo entre a instituição e a comunidade, visando a elaboração de conhecimentos que possibilitem as transformações sociais e as práticas dos serviços, na busca de aprimoramento nos cuidados de saúde para a população.

Observamos também que os planos de curso e de aula estão em conformidade com PPP, e estimulam a produção técnica científica (projetos aplicados ao serviço, trabalho de conclusão de curso, projeto de intervenção) a partir das experiências trazidas pelos discentes, alinhando teoria e prática.

O Regimento Interno da instituição foi elaborado conforme dispositivos da Secretaria Estadual de Saúde e de acordo com as diretrizes e normas da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Este regimento tem por finalidade estabelecer normas gerais de funcionamento e estabelece as atividades de ensino, pesquisa e extensão da ESPPE. Neste documento encontramos ainda: caracterização, a natureza, a estrutura organizacional e suas competências, os cargos

e funções, os recursos e os financiamentos, o corpo docente e discente, a avaliação e a certificação.

Em relação ao Plano de Educação Permanente em Saúde de Pernambuco, evidenciamos que sua estruturação se iniciou a partir dos recursos repassados da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde - PNEPS (Portaria GM/MS 1996/2007), com a constituição das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES), nas 12 Regionais de Saúde e da CIES Estadual, elaboração dos Planos de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde (PAREPS), com assessoramento e suporte técnico da Diretoria Geral de Educação em Saúde e da Escola de Governo em Saúde Pública. (PLANO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE DE PERNAMBUCO, 2018, p. 11). O Estado de Pernambuco para fortalecer a Política de Educação Permanente em Saúde, executou ações de regionalização e de fortalecimento das Comissões Intergestoras Regionais (CIR) e das CIES. As ações dos Planos Regionais foram planejadas e executadas com base em eixos estratégicos, sendo eles: 1) Linhas de Cuidado; 2) Gestão; 3) Formação e Integração Ensino, Serviço e Pesquisa; 4) Formação Profissional e 5) Mobilização e Controle Social.

As ações realizadas pela secretaria estadual de saúde foram de caráter estruturante e descentralizada para as 12 Regionais de Saúde do Estado.

Abaixo descrição das principais ações:

1. Descentralização dos recursos financeiros e autonomia para as CIES Regionais no planejamento e execução das ações, por meio dos Planos de Ação Regionais (PAREPS), alinhados ao contexto local e pactuados nas Comissões Intergestoras Regionais (CIR).

2. Ações de fortalecimento da Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco.

3. Contratação de apoiadores institucionais descentralizados nas áreas de saúde coletiva, organizacional e hospitalar com o objetivo de fortalecer a implementação e o acompanhamento da Política de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde no Estado de Pernambuco.

4. Ações de formação e estruturação da Política Estadual de Residências em Saúde.

5. Ações de formação para atender demandas em áreas estratégicas do SUS PE, a partir das necessidades de saúde da população.

6. Parcerias interinstitucionais para o desenvolvimento de gestores e profissionais da Rede Estadual de Saúde.

7. Desenvolvimento do Programa de Pesquisa para o SUS – PPSUS PE em parceria com a Fundação de Amparo à Secretaria Ciência e Tecnologia de Pernambuco (FACEPE) e Departamento de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde (Decit/SCTIE/MS). (PLANO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE DE PERNAMBUCO, 2018, p. 12).

Capítulo 5

CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS



CAPÍTULO V

CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

5.1. CONCLUSÕES GERAIS

Ao implantar e implementar a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, no Sistema Único de Saúde, o Ministério da Saúde coloca a formação e o desenvolvimento profissional dos seus trabalhadores como elemento de suma acuidade, impulsionando os trabalhadores para que aprendam a aprender, utilizem práticas cuidadoras, compromissos de gestão com a integralidade e a humanização no trato com a saúde, alta possibilidade de controle social e dedicação ao ensino e à produção de conhecimento implicados com as práticas concretas de cuidado às coletividades e às pessoas (CECCIM, 2005b).

Para a educação permanente em saúde o trabalho é o lugar de produção de cuidado, e ao mesmo tempo é cenário de produção pedagógica (conhecimento), uma vez que coloca a vida diária do trabalho em análise, possibilitando aos trabalhadores reverem seus atos produzidos em seu cotidiano.

Nesta perspectiva a trajetória deste estudo iniciou-se com a inquietação de analisar os saberes trabalhados nas formações executadas pela Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco, com os pressupostos da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, uma vez que as formações dos profissionais de saúde, na perspectiva da EPS, devem ser realizadas de modo descentralizado, ascendente e transdisciplinar partindo das reflexões do cotidiano dos profissionais envolvidos (CECCIM, 2004). Indagamos ainda a respeito do processo de planejamento das formações; os aspectos metodológicos utilizados nas formações; a aplicação dos pressupostos da educação permanente em saúde durante o processo de formação dos alunos; se os conhecimentos produzidos e sistematizados nas formações são estimulados nos espaços e práticas de trabalho dos alunos e por fim, a identificação das percepções dos participantes da pesquisa em relação aos desafios, os limites, e as possibilidades da educação permanente em saúde.

Na busca de compreender essas indagações, aplicamos os instrumentos de pesquisa de grupo focal, entrevista semiestruturada e análise documental, na

instituição acima descrita. Participaram do estudo 08 integrantes da instituição, divididos em 04 docentes, 02 gestores e 02 coordenadores de curso.

A configuração do perfil dos pesquisados neste estudo, apresenta-se a maioria do sexo feminino total de 06 (seis) e do sexo masculino são 02 (dois) participantes, com idade entre 31 a 49 anos, com nível de formação superior e de pós-graduação (mestrado e doutorado). O tempo de serviço na ESPPE está compreendido entre sete meses a sete anos. A natureza dos vínculos empregatícios para admissão destes profissionais, tanto do corpo docente, quanto do corpo técnico da ESPPE, advém dos processos seletivos, convênios e credenciamentos para prestação de serviço. Já na área da gestão observamos vínculos de cargos comissionados, sendo estes servidores públicos, com cedência de outros órgãos da administração pública estadual e/ou municipal.

Na análise do discurso no grupo focal e das entrevistas semiestruturadas destacamos a diligência dos atores da Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco (gestão, coordenadores e docentes) em fortalecer os pilares da educação permanente em saúde, como estratégia política pedagógica para a formação profissional dos trabalhadores de saúde do Estado de Pernambuco. E para sua efetivação utilizam das chamadas “metodologias ativas”, a pedagogia problematizadora, na qual se constrói novos conhecimentos a partir de visões críticas e de questões das práticas, do cotidiano do trabalho, em diálogo com a aprendizagem significativa, que considera o conhecimento anterior e a experiência dos participantes, relacionando a teoria com a prática. Ambas as ações (pedagogia problematizadora e aprendizagem significativa) compõem os pressupostos da EPS. Destacamos que atividades como essas levam os alunos/profissionais a refletirem suas ações de intervenção na prática, aprimorando suas habilidades e atividades laborativas, possibilitando a reflexão e a construção, por parte desses profissionais, acerca das mudanças nos processos e na gestão do trabalho. A referida escola tem procurado romper com velhas práticas educacionais, na busca da consolidação da EPS enquanto política pública, considerando os princípios e as diretrizes do SUS.

Para outros achados deste estudo, destacamos os grandes desafios para a concretização da política de educação permanente em saúde, tais como: romper com estruturas rígidas e hierarquizadas, superar a pedagogia hegemonicamente tecnicista e de transmissão de conhecimento do ensino tradicional (formação na graduação), a qual forma profissionais não preparados para atuarem com a problematização dos

processos de trabalho, sem visão crítica da realidade e dos serviços de saúde, baixa apropriação do conceito de EPS por parte dos próprios trabalhadores e dos gestores dos serviços de saúde, financiamento da política, a forma de contratação dos docentes da ESPPE, mobilização das equipes de trabalho para discutem os processos de trabalho, profissionais se reconhecerem como sujeito transformador, se colocando no espaço político e social da formação.

Refletir e praticar os pressupostos da educação permanente em saúde, a partir das vivências dos processos e dos espaços de formação e de trabalho, oportunizam aos profissionais de saúde em geral e também aos docentes/instrutores e gestão da ESPPE, a reflexão crítica de suas experiências sobre a educação e o trabalho.

5.2. CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS

Com o propósito de buscarmos respostas aos objetivos elencados como norteadores dessa investigação, recorreremos as fundamentações teóricas existentes acerca da temática Educação Permanente em Saúde, as quais se encontram descritas nos capítulos anteriores, e que subsidiaram as concepções e discussões para que pudéssemos atingir os objetivos propostos.

Desta forma, para este estudo destacamos as contribuições dos autores: Frigotto (1987), Saviani (1987, 1994 e 2007), Pereira (2008), Vázquez (1990), Davini (1989, 1990 e 1995), Ceccim (2005a e 2005b), Roges (2001), Merhy e Franco (2006), Furter (1974,1975), Arouca (1983), Freire (1987), Ceccim e Feuerweker (2004), Franco (2007), Paim (2008), Ceccim e Ferla (2009), Merhy (2009 e 2015) e Veiga (2011).

Para além dos citados autores, estudamos também documentos institucionais, Portarias e Leis ministeriais (Ministério da Saúde e Ministério da Educação), a saber: Lei Orgânica da Saúde - Lei Nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, Portaria GM/MS Nº 1.996 de 20 de agosto de 2007, a qual dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, Lei nº 15.066, de 04 de setembro de 2013, a qual instituiu a ESPPE, o Projeto Político Pedagógico – PPP e o regimento interno da

instituição estudada e o Plano de Educação Permanente em Saúde do Estado de Pernambuco.

O arcabouço teórico e jurídico que subsidiaram as discussões acerca da temática da EPS, aqui apresentados, nos colocam diante de dois desafios a sua efetivação. Deixando claro as reponsabilidades dos atores envolvidos: gestores, docentes, área técnica e alunos a superação destes. O primeiro desafio refere-se à formação acadêmica, frente à superação da concepção conservadora e tradicional da educação (concepção de transmissão de conhecimento), e o segundo que é o protagonismo dos sujeitos.

Espero que esta pesquisa contribua de alguma forma para as reflexões dos profissionais de saúde do Estado de Pernambuco, nas mudanças dos processos de ensino/aprendizagem, no fortalecimento de suas práticas profissionais e consequentemente mudanças nos processos de trabalho. Efetivando os princípios e as diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS.

5.3. NOVAS INVESTIGAÇÕES

Diante de tudo que fora exposto neste estudo, torna-se evidente a importância de propomos novas investigações, na perspectiva de verificar os estudos na temática e contribuir consequentemente para o fortalecimento da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. E como sugestão apontamos:

- Tensões e conflitos vivenciados pelos profissionais na aplicação da EPS, nos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS



REFERÊNCIAS

ALCANTARA, Q. C. R. S. Um olhar da Educação Permanente no relatório do estágio de citopatologia em Pernambuco. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Especialização em Educação Permanente em Saúde em Movimento, 2015.

ALEXANDRE, N. M. C.; COLUCI, M. Z. O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. *Ciência & Saúde Coletiva*. v. 16, n. 7, p. 3061-3068, 2011.

AMORIM, A. C. M. Educação permanente na estratégia da saúde da família: oportunidades de aprendizagem e inovação da prática profissional. 100 p. - UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO, 2013. Disponível em: <http://www2.unifesp.br/centros/cedess/mestrado/teses/tese_143_educacao_permanente_estrategia_amanda_caroline.pdf>. Acesso em: 01 agosto 2019.

ANTUNES, R. Neoliberalismo, Trabalho e Sindicatos: Reestruturação produtiva no Brasil e na Inglaterra. São Paulo: Boitempo, 1997.

_____. Os sentidos do trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. São Paulo, São Paulo, SP: Boitempo. 2009.

ARANTES, L. J. et al. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, no 5, p. 1499–1510, 2016. ISSN: 1413-8123, DOI: 10.1590/1413-81232015215.19602015.

AROUCA, L.S. Educação Extraescolar e a Realidade Brasileira. 439f. Tese (Doutorado em Educação), Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1983.

_____, L. S. O discurso sobre educação permanente (1960-1983). Proposições. São Paulo, v. 7, n.2 [20], p.65-78, 1996.

ARAÚJO, Maria José. Política de educação permanente: uma análise de implementação no Distrito Sanitário III - Recife/PE. Recife: O Autor, 2011. 56 p. Monografia (Especialização em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde) – Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

ASCHIDAMINI, I. M.; SAUPE, R. Grupo focal estratégia, metodológica qualitativa: um ensaio teórico. Revista Cogitare Enfermagem, Curitiba, v.9, n.1, p. 9 -14, 2004.

AUSUBEL, D. P. Facilitating meaningful verbal learning in the classroom. The Arithmetic Teacher, [s.l.], v. 15, no 2, p. 126–132, 1968.

_____. Early versus delayed review in meaningful learning. Psychol. Schs., Muncie, v. 3, no 3, p. 195–198, 1966.

_____. Aprendizagem significativa: A teoria de David Ausubel. São Paulo: Moraes, 1982. In: MOREIRA, Marco Antonio. Mapas conceituais e aprendizagem significativa. Cadernos de Aplicação. Rio Grande do Sul: UFRGS, 1997.

BACKES, D. S.; COLOMÉ, J. S.; ERDMANN, R. H. e LUNARDI, V. L. Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas. O Mundo da Saúde, São Paulo: 2011;35(4):438-442.

BAGNATO, M.H.S; COCCO, M.I.M.; DE SORDI, M.R.L. (org). Educação, saúde e trabalho: antigos problemas, novos contextos, outros olhares. Campinas: Alínea, 1999.

BARBOUR, R. *Grupos focais* Porto Alegre: Artmed, 2009.

BÁRCIA, M. F. *Educação permanente no Brasil*. Petrópolis: Vozes, 1982.

BAREMBLITT, G. Compêndio de análise institucional. Belo Horizonte: Instituto Félix Guattari, 2002.

BAUER, M. W.; GASKELL, G. Pesquisa qualitativa contexto, imagem e som – um manual prático. 7.ed. Editora Vozes, 2011.

BAZELEY, P. (2002). Issues in Mixing Qualitative and Quantitative Approaches to Research. Proceeding of Internatioal Conference – Qualitative Research in Marketing and Management.

BERNHEIM, C. T. La Educación permanente y su impacto en la educación superior. New papers on higher education: studies and research UNESCO, [s.l.], v. 11, p. 1, 1995.

BERTUSSI, D.C.; ALMEIDA, M.J. A Influência de um Projeto de Intervenção no Campo de Recursos Humanos em Saúde: projeto GERUS. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: estudos e análises. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003, p. 105-184, 460p

BEZERRA, A. L. Q. O contexto da educação continuada em enfermagem na visão dos gerentes de enfermagem e dos enfermeiros de educação continuada. Rev. O mundo da saúde, v.24, n.5, p. 352-356, 2000.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. A Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Brasília: CONASS, 2011.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde/Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Conferência Nacional de Saúde. 11ª Conferência Nacional de Saúde, Brasília 15 a 19 de dezembro de 2000: o Brasil falando como quer ser tratado: efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social: relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 2001a.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Princípios e diretrizes para a NOB/RH-SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Diário Oficial União, 13 Fev. 2004.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Diário Oficial União, 22 Agosto 2007.

_____. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*: promulgada em 5 de outubro de 1988. Contêm as emendas constitucionais posteriores. Brasília, DF: Senado, 1988.

_____. Ministério da Saúde. *Conselho Nacional de Saúde. Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS)*. 3. ed. rev. Brasília, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 399, de 22 de fevereiro de 2006. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Cadernos RH Saúde. Brasília, v. 3, n. 1, 188 p, mar. 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Curso de Formação de Facilitadores de Educação Permanente em Saúde: Unidade de Aprendizagem - análise do contexto da Gestão e das Práticas de Saúde*. Rio de Janeiro; Brasil: Ministério da Saúde, FIO CRUZ, 2005. 62 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 64 p. - (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 9).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 68 p. – (Série C. Projetos, Programas e Relatórios)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Portaria n. 43, de 4 de dezembro de 2007*. Publicada no Diário Oficial da União de 5 de dezembro de 2007. Brasília, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Portaria n. 2.200, de 14 de setembro de 2011*. Brasília, 2011.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: DF, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em 07/01/2019.

_____. Lei nº 9394, de 20 de dezembro de 1999. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9394.htm>. Acesso em 25/01/2019.

BOSI, M. L. M.; MARTINEZ, F. M. (Orgs.). *Pesquisa Qualitativa de Serviços de Saúde*. 2. ed. Petrópolis (RJ): Editora Vozes, 2007.

BOGDAN, R. S.; BIKEN, S. Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos. 12.ed. Porto: Porto, 2003.

BORDENAVE, J. D.; Pereira A. M. Estratégias de ensino-aprendizagem. 32. ed. Petrópolis: Vozes; 2012.

CAMPOY, T. J. (2018). Metodología de la Investigación Científica: Manual para elaboración de tesis y trabajos de investigación. Marben Editora: Asunción -Paraguay.

CAMPOS, Gastão W. S. Políticas de Formação de Pessoal para o SUS: reflexões fragmentadas. *Caderno RH Saúde*, Brasília v.3, n. 1, p. 52-56, mar. 2006.

CAMPOS, F. E, Pierantoni C. R, Machado M. H. Conferências de Saúde, o trabalho e o trabalhador da saúde: a expectativa do debate. *Cadernos de rh saúde* 2006; 3(1):9-11.

CANDEIAS, Nelly M. F. Memória Histórica da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (1918/1945). *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 18, 1984. Edição especial.

CAPRA, M. L. P. A educação permanente em saúde como dispositivo de gestão setorial e de produção de trabalho vivo em saúde. Tese de Doutorado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2011.

CARVALHO Y. M.; CECCIM, R. B. Formação e Educação em Saúde: aprendizados com a Saúde Coletiva. In: CAMPOS, G. W. S. et al.(Orgs.). *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Editora Fiocruz, 2009. p.1-35.

CASTILHO, V. Educação Continuada em enfermagem: a pesquisa como possibilidade de desenvolvimento de pessoal. *Rev. O mundo da saúde*, v.24, n.5, p.357-360, 2000.

CASTRO, F. C. A. Q. Concepções de educação permanente em saúde difundidas por gestores / Fernanda Cristina de Abreu Quintela Castro. Dissertação de Mestrado – Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória, 2014.

CAVALCANTI, F. O. L. Democracia no SUS e na reforma sanitária é possível? Um debate a partir da experiência da política nacional de educação permanente em saúde (janeiro de 2003 a julho de 2005). Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, 2010. 168p.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. Interface - Comunicação, saúde, educação. 2005a, v. 9, n.16, p. 161-178.

_____. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. Ciência & Saúde Coletiva. 2005b, v. 10, n.4, p. 975-986.

_____. Onde se lê "recursos humanos da saúde", leia-se "coletivos organizados de produção da saúde": desafios para a educação. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (Orgs.). Construção Social da Demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/Cepesc/Abrasco, 2005c.

_____. R. B.; FERLA, A. A. Educação permanente em saúde. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. 2009. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/edupersau.html>>. Acesso em: 25/09/2019.

_____; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, jan./jun. 2004.

CELLARD, A. A análise documental. In: POUPART, J. et al. A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos. Petrópolis: Vozes, 2008 (Coleção Sociologia).

CIAMPONE, M.H.T. Tecnologias para a gestão do conhecimento – grupo operativo. O mundo da Saúde. São Paulo, ano 24, v.24, n. 5, p.361-365, set./out. 2000.

CORDEIRO, J. C. A promoção da saúde e a estratégia de cidades saudáveis: um estudo de caso em Recife-Pernambuco. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz. Instituto Aggeu Magalhães. 2008. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/3898>>. Acesso em 18 jun 2019.

COSTA, P. P. Dos projetos à política pública: Reconstruindo a história da educação permanente em saúde. Dissertação de Mestrado. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2006.

COTTON, W. E. On behalf of adult education: a historical examination of the supporting literature. Notes and essays on education for adults, nº 56, center for the study of liberal education for adults. Boston University, 1968.

CRESWELL, J. W. Research design: qualitative, quantitative and mixed methods approaches. California: Sage, 2003.

CYRINO, E. G.; TORALLES-PEREIRA, M. R. Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. Cad. Saúde Pública 2004; 20(3):780-788.

DALBELLO-ARAUJO, M. Comunidade Ampliada de Pesquisa. In: ROSA, E. M.; SOUZA, L.; AVELLAR, L. Z. (Orgs). Psicologia Social: temas em debate. Vitória: GM. Editora ABRAPSO/ ES, p. 109-126, 2008.

DAVINI, D. M.C. Bases Metodológicas para la Educacion Permanente Del Personal de Salud. - Organizacion Panamericana de la salud. Oficina Sanitária Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, 1989.

_____. Educación premanente en salud: Serie PALTEX para Ejecutores de Programas de Salud No. 38. Washington: Organizacion Panamericana de La Salud, 1995. P.120.

DECLARAÇÃO Universal dos Direitos Humanos. Disponível em <http://www.dudh.org.br/declaracao>. Acesso em 10/09/2019.

DEDECCA, C. As mudanças no sistema das relações de trabalho. In: Le Monde Diplomatique. Globalização e Mundo do Trabalho. Diplô Brasil. Caderno de Debates. Especial n.1, p.4-6, set. 2000.

DEMO, P. Saber Pensar. 5a ed. São Paulo: Cortez: Instituto Paulo Freire; 2007.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. Introduction: The discipline and practice of qualitative research. In: _____; _____ (Eds.). The Sage Handbook of qualitative research. 4. ed. Thousand Oaks: Sage, 2005. p. 1 – 32.

DESTRO, M.R.P. Educação Continuada: visão histórica e tentativa de conceitualização. Caderno CEDES. Campinas: Papyrus, 1995.

EPS EM MOVIMENTO. Educação e trabalho em saúde: a importância do saber da experiência. 2014. Disponível em: <<http://eps.otics.org/material/entrada-textos/educacao-e-trabalho-em-saude-a-importancia-do-saber-da-experiencia>>. Acesso em: 16 jun.2019.

EGRY, E.Y. Saúde Coletiva: construindo um novo método em enfermagem. São Paulo: Ícone, 1996.

ESPPE. Escola de Governo de Saúde Pública de Pernambuco. Histórico. Disponível em: <<http://ead.saude.pe.gov.br/mod/page/view.php?id=559>>. Acesso em 03 jan 2019.

FERREIRA, A.B.H. Dicionário Aurélio Básico da Língua Portuguesa. Rio de Janeiro: Nova Fronteira S/A, 1994.

FERREIRA, N.S.C. (org). Formação Continuada e Gestão da Educação. São Paulo: Cortez, 2003.

FEUERWERKER, L. C. M. [et al.]. Relatório de Pesquisa ao CNPQ: Educação Permanente em Saúde pede passagem: ecos de uma política nacional. Ribeirão Preto, São Paulo, Campinas, 2009. MIMEO.

_____; LLANOS C. M.; ALMEIDA, M. Educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança. São Paulo: Hucitec, 1999.

_____. Além do discurso de mudança na educação médica: processos e resultados. São Paulo: Hucitec, 2002.

FIGUEIREDO, E. B. L. Educação Permanente em Saúde e Manoel de Barros: uma aproximação desformatadora. Revista Brasileira de Educação Médica. 40 (1): 324 – 331 ; 2016. Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ, Brasil.

FLICK, U. Introdução à pesquisa qualitativa. 3.ed. Porto Alegre: Bookman, 2009a.

_____. Qualidade na pesquisa qualitativa. Porto Alegre: Bookman, 2009c.

_____. Introdução à metodologia de pesquisa. Porto Alegre: Penso, 2013.

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

FREIRE, P. Extensão ou comunicação? 4.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1980.

_____, P. Educação e Mudança. 12ª. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1983.

_____, P. Pedagogia do Oprimido. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

_____, P. Política e Educação: Ensaio/Paulo Freire. São Paulo, 5 Ed., v. 23, 2001.

_____, P. Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa. 7.ed. São Paulo: Paz e Terra; 1996.

FRIGOTTO. Gaudêncio. Trabalho, conhecimento, consciência e a educação do trabalhador: impasses teóricos e práticos. In: MINAYO GOMEZ, Carlos et al. Trabalho e conhecimento: dilemas na educação do trabalhador. 2. ed. São Paulo: Cortez; Autores Associados, p. 13-26, 1989.

_____. Gaudêncio. Educação e trabalho: bases para debater a educação profissional emancipatória. Florianópolis, v. 19, n.1, p. 71-87, jan/jun. 2001.

_____. Gaudêncio. A produtividade da escola improdutiva: um (re) exame das relações entre educação e estrutura econômico-social capitalista. 9.ed. São Paulo: Cortez, 2010.

FURTER, P. Educação permanente e o desenvolvimento cultural. Petrópolis: Vozes, 1974.

_____. Comunicação e Educação: Repensando os Paradigmas. Mamografia apresentada durante o XIX Congresso Brasileiro de Comunicação Social, organizado pela ABT – Associação Brasileira de Tecnologia Educacional e UCB – União Cristã Brasileira de Comunicação Social, no Rio de Janeiro, novembro de 1995.

GADOTTI, M. A educação contra a educação. 5. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1984.

GASKEL, G.; BAUER, M. W. (Org.). Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático. Petrópolis: Vozes, 2002. GASKEL, G.; BAUER, M. W. (Org.). Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático. Petrópolis: Vozes, 2002.

GASPARIN, J.L. Uma Didática para a Pedagogia Histórico-Crítica. Campinas: Autores Associados, 2002.

GIL, A.C. Métodos e técnicas de pesquisa social. 6. ed. - São Paulo: Atlas, 2008.

_____. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

GIROUX, H.A. Os professores como intelectuais: rumo a uma pedagogia crítica da aprendizagem. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

GODOY, A. S. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. In: Revista de Administração de Empresas. São Paulo: v.35, n.2, p. 57-63, abril 1995.

GOMES, Maria Paula Cerqueira... [et al.] Acesso às multiplicidades do cuidado como enfrentamento das barreiras em saúde mental; Histórias de R-. In: GOMES, Maria Paula Cerqueira (Org.); MERHY, Émerson Elias (Org.). Pesquisadores IN-MUNDO: um estudo da micropolítica da produção do acesso e barreira em saúde mental. Porto Alegre: Rede Unida; 2014, p. 55-87. Disponível em: <https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CB0QFjAAahUKEwiL8KLzvOzHAhXEjZAKHdhCcl&url=http%3A%2F%2Fwww.redeunida.org.br%2Feditora%2Fbiblioteca-digital%2Fcolegao-micropolitica-do-trabalho-e-o-cuidado-em-saude%2Fpesquisadores-in-mundo-pdf%2Fat_download%2Ffile&usq=AFQjCNEzurGjD9z8IV77qpR9f5wM438dQw&cad=rja>. Acesso em: 10 set. 2019.

GOMES, V. L. O.; TELLES, K. S.; ROBALLO, E. C. Grupo focal e discurso do sujeito coletivo: produção de conhecimento em saúde de adolescentes, Esc Anna Nery Rev Enferma, v. 13, n. 4, p. 856-62. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n4/v13n4a23.pdf>>. Acesso em 06 jul 2019.

GONDIM, S. M. G. Grupos focais como técnica de investigação qualitativa: desafios metodológicos, Paidéia, v. 12, n. 24, p. 149-61, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/paideia/v12n24/04.pdf>>. Acesso em 19 jun 2019.

GOULART, I. B. Educação permanente/educação continuada. Presença Pedagógica. Belo Horizonte, v. 3, n. 14, p. 81-84, mar./abr. 1997.

HADDAD, J.; ROSCHKE, M. A. L. C; DAVINI, M. C. Educación Permanente de Personal de Salud. Washington: Organizacion Panamericana de la Salud, 1994. Série Desarrollo de Recursos Humanos nº100.

HELOANI, J. R. M.; RIBEIRO, S. F. R. Sofrimento psíquico do agente comunitário de saúde: interfaces entre processo de trabalho, formação e gestão. Revista Rede de Estudo do Trabalho, v. 4, n. 1, p. 79-96, nov., 2011.

JÚNIOR, J. A. B.; MATSUDA, L. M. Construção e validação de instrumento para avaliação do Acolhimento com Classificação de Risco. Rev Bras Enferm, Brasília, v. 65, n. 5, p. 751-757, set-out, 2012.

KOIFMAN, I.; Saippa - Oliveira, G. Produção do conhecimento e saúde. In: PINHEIRO, R. et al. (Orgs.). ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, Cepesc, Abrasco, 2005. p.111-30.

KOMATSU, R. S. et al. Guia do Processo de Ensino-Aprendizagem Aprender a Aprender. Marília: Faculdade de Medicina de Marília, 2003. 35 p.

LAMPERT, E. Educação permanente: limites e possibilidades no contexto da América Latina e Caribe. Revista do Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal de Santa Catarina. UDESC, v.6, n.1, 2005. p. 1-13.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. Fundamentos de metodologia científica. 5.ed. São Paulo: Atlas, 2003.

LEMOS, F. M. Usos e potenciais das metodologias ativas em EPS pelas equipes de saúde: estudo de caso. Dissertação de Mestrado Universidade Federal de São Carlos, São Paulo, 2018.

LIMA, J. V. C. et al. A Educação Permanente em Saúde como Estratégia Pedagógica de Transformação das Práticas: possibilidades e limites. Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro, v. 8 n. 2, p. 207-227, jul./out.2010.

LOPES, S. R. S (Org.) Potencialidades da educação permanente para a transformação das práticas de saúde. Com. *Ciências Saúde*. v. 18, n. 2, p.147-155, 2007.

LUZ, S. Educação continuada: estudo descritivo de instituições hospitalares. O mundo da Saúde. São Paulo, ano 24, v.24, n. 5, p.343-351, set./out. 2000.

MACÊDO, N. B (Org.) O desafio da implementação da educação permanente na gestão da Educação na Saúde. Trabalho Educação Saúde. Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 379-401, maio/agosto, 2014.

MAIA, J. A. Metodologias problematizadoras em currículos de graduação médica. Rev. Bras. Ed Méd. 2014; 38(4):566-574.

MALHOTRA, N. Pesquisa de marketing. 3.ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

MARCONI, M. de A.; LAKATOS, E.M. Técnicas de Pesquisa. 5ed. São Paulo: Atlas, 2002.

_____. Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisas, elaboração e interpretação de dados. 3.ed. São Paulo: Atlas, 1996.

MARIN, A. J. Educação continuada: introdução a uma análise de termos e concepções. In: COLLARES, C. A. L.; MOYSÉS, M. A. A. (org.). *Educação Continuada*. Brasília: Cadernos CEDES, 1995.

MARTINS, G. A.; THEOPHILO, C. R. Metodologia da investigação científica para ciências sociais aplicadas. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

MARX, K. O capital. 7. ed. São Paulo: Difel, 1982.

MCLAREN, P. A vida nas escolas: uma introdução à pedagogia crítica nos fundamentos da educação. 2ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

MATTAR, F. N. Pesquisa de marketing. 3.ed. São Paulo: Atlas, 2001.

MEJIA, A. Educacion Continua. Educ. Méd. Salud, v.20, n.1, p.43-47, 1986.

MENDES, D. T. Educação de Adultos. Conferência realizada no Conselho Estadual de Educação do Rio de Janeiro, 1976. p.1-8. Disponível em: < http://www.Durmevaltrigueiro.pro.br/Educacao_Adultos.PDF> Acesso em 13/09/ 2019.

_____. D. T. Um novo mundo, uma nova educação. R. bras. Est. Pedag., Brasília: DF. v. 81, n. 199, set./dez., 2000.p. 501-510.

MENDONÇA, F. de F.; NUNES, E. de F. P. de A. Necessidades e dificuldades de tutores e facilitadores para implementar a política de educação permanente em saúde em um município de grande porte no estado do Paraná, Brasil. Interface – comunicação, saúde, educação, v.15, n.38, p.871-82, jul./set. 2011.

MERHY, E. E. Educação Permanente em Movimento: uma política de reconhecimento e cooperação, ativando os encontros do cotidiano no mundo do trabalho em saúde, questões para os gestores, trabalhadores e quem mais quiser se ver nisso. Saúde em Redes, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, 2015. Disponível em: <<http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/309>>. Acesso em: 10 set. 2019.

_____; FEUERWERKER, L. C. M.; CECCIM, R. Educación permanente en salud: una estrategia para intervenir en la micropolítica del trabajo em salud. Salud Coletiva, Buenos Aires, v. 2, n. 2, p. 147-160, 2006.

_____; 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. (Orgs.). A educação Permanente

em Saúde e as Redes Colaborativas: Conexões para a produção de saberes e práticas. 1a ed. Porto Alegre: Rede Unida, 2016. p. 67–92.

MERHY, E.E., O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. *Interface – Comunic, Saúde, Educ.*, v.9, n.16, p161-177, set.2004/fev2005.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Trabalho em Saúde. In: *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. EPSJV (org.). Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.

MERHY, Emerson Elias; FEUERWERKER, Laura C. Macruz. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: ANDARINO, Ana Cristina de Souza; GOMBERG, Estélio (Orgs.). *Leituras de novas tecnologias e saúde*. Aracaju: UFS, 2009.

MÉSZÁROS, I. Marx e a Teoria da Alienação. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1981.

MINAYO, M. C. de S. O desafio do conhecimento científico: pesquisa qualitativa em saúde. 2 ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1993.

MINAYO, M.C.S. Hermenêutica - Dialética como caminho do pensamento social. In: MINAYO, M.C.S; DESLANDES, S.F. (Orgs.). *Caminhos do Pensamento: Epistemologia e Método*. Rio de Janeiro (RJ): Editora Fiocruz, 2002. p.83-108

MINAYO, M.C. de S. (Org.) *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 22 ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2003.

_____. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12^a edição – São Paulo: Hucitec, 2010.

_____; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R.(org.). *Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

_____. PESQUISA SOCIAL: Teoria, método e criatividade. Petrópolis: EDITORA VOZES, 2009. 109 p.

_____; SANCHES, O. Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade? Cad. De Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 239-262, jul/set., 1993.

MIRANDA E. El análisis crítico de la práctica en el marco de la Educación permanente Del personal de salud: orientaciones metodológicas para su aplicación. Lima: MINSA; 2002. Pp. 47.

MONTEIRO, M.I., CHILLIDA, M. de S. P. e BARGAS, E.B. Educação continuada em um serviço terceirizado de limpeza de um hospital universitário. Revista Latino-Americana de Enfermagem. Ribeirão Preto, v.12, n.3, p.541-548, mai./jun. 2004.

MORAES, K. G. Análise do Processo de Implementação da Política de Educação Permanente em Saúde no Distrito Federal. Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília. Brasília, 2012.

MOTTA, J. I. J.; BUSS, P.; NUNES, T. C. M. Novos desafios educacionais para a formação de recursos humanos em saúde. Olho Mágico, Londrina, v. 8, n. 3, p. 4-8, set./dez. 2001.

_____; RIBEIRO, Eliana Claudia de Otero. Educação Permanente como Estratégia na Reorganização dos Serviços de Saúde. Divulgação em saúde para debate. Londrina (12): 39-44, Jul, 1996.

MURBACK, S. E. S. L. Educação continuada em saúde coletiva: desafios e possibilidades. Dissertação de Mestrado. Universidade Estadual de Campinas – Campinas, São Paulo, 2008.

NASCIMENTO, F. D. Práticas de educação permanente implementadas nos serviços de saúde no Brasil a luz dos preceitos político e conceitual de educação permanente em saúde. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013.

NICOLETTO, Sonia Cristina Stefano et al. Polos de Educação Permanente em Saúde: uma análise da vivência dos atores sociais no norte do Paraná. Interface – comunicação, saúde e educação. v.13, n.30, p.209-19, jul./set. 2009.

NUNES, T. C. M. Educação Permanente: um novo olhar sobre a aprendizagem no trabalho. Cadernos da Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM). Coletânea de Artigos e Entrevistas publicados nos Boletins Informativos da ABEM 2002/2004. Volume 1, maio, 2004.

OLIVEIRA, M. F. de. Metodologia científica: um manual para a realização de pesquisas em Administração / Maxwell Ferreira de Oliveira. -- Catalão: UFG, 2011. 72 p.: il.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). Conferencia Panamericana sobre Planificación de Recursos Humanos en Salud, Ottawa/Canadá, 10-14 de setembro de 1973. Washington: OPAS, 1974. 134 p.

_____. Educación continua: guía para la organización de programas de educación continua para el personal de salud. Serie de Recursos Humanos nº29, División de Recursos Humanos o Investigación, Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, 1978.

_____. Educación Permanente em Salud: Informes finales de três grupos de trabajo. Washington, D. C.: OPS, 1993.

Orlandi E. L. P. A Análise de discurso em suas diferentes tradições intelectuais: o Brasil. In: Anais do 10 Seminário de Estudos em Análise de Discurso; 2003 Nov.10-13; Porto Alegre, Brasil [CD-ROM]. Porto Alegre (RS): UFRGS; 2003.

_____. Interpretação: autoria, leitura e efeitos do trabalho simbólico. 4a ed. Campinas (SP): Pontes; 2004.

PAIM, J. S. Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

PASCHOAL, S. P.; MANTOVANI, M de. F.; MÉIER, M. J. Percepção da educação permanente, continuada e em serviço para enfermeiros de um hospital de ensino. Revista da Escola Enfermagem da USP. São Paulo, v. 41, n. 3. set. 2007.

PATTON, M. Q. Qualitative evaluation and research methods. 2. ed. Thousand Oaks: Sage; 1990.

Pêcheux M. O Discurso: estrutura ou acontecimento. 3a ed. Campinas (SP): Pontes; 2002.

PEDROSA, J. I. S. Avaliação das práticas educativas em saúde. In: VASCONCELOS, E.M. (org.) A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede educação popular e saúde. São Paulo: Hucitec, 2001. p.261-281.

PEDUZZI, M. et al. Atividades educativas de trabalhadores na atenção primária: concepções de educação permanente e de educação continuada em saúde presentes no cotidiano de Unidades Básicas de Saúde em São Paulo. Interface - Comunic., Saúde, Educ; v.13, n.30, jul./set., 2009. p.121-34.

PEREIRA, Isabel Brasil. *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. 2 ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 478 p, 2008.

_____. Isabel Brasil & RAMOS, Marise Nogueira. Educação Profissional em Saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

PERES, E.S.R. E BAGNATO, M. H. S. Análise das concepções de educação contínua na produção científica da área de saúde. In: BUENO, S.M.V., COSTA, F.N.A., BAGNATO, M.H.S. e OLIVEIRA, M.W. (org.). Enfermeiro Professor e o Ensino Médio

em Enfermagem. Anais do II Encontro de Formação de professores de Ensino Médio em Enfermagem. Ribeirão Preto: Fundação Instituto de Enfermagem de Ribeirão Preto, 1998. p.187-195.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Superintendência de Planejamento *Plano Estadual de Saúde 2005-2007: desenvolvimento com inclusão social*. Recife: SES, 2006. 84, [12] p.: il.

_____. Secretaria Estadual de Saúde. Secretaria Executiva de Gestão do Trabalho e Educação. *Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde 2007-2008*. Recife, 2007.

_____. Secretaria Estadual de Saúde. Secretaria Executiva de Gestão do Trabalho e Educação. *Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde 2009*. Recife, 2008.

_____. Secretaria Estadual de Saúde. Secretaria Executiva de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde. Diretoria Geral de Educação em Saúde. Escola de Saúde Pública de Pernambuco. *Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde de Pernambuco 2010-2011*. Recife: SES, 2010

_____. Governo do Estado. Secretaria de Saúde. *Experiências em educação permanente em saúde no estado de Pernambuco: formação que se constrói em rede*. Pernambuco, Governo do Estado, Secretaria de Saúde. Recife: Secretaria de Saúde, 2019.

_____. Governo do Estado. Lei nº 15.066, de 4 de setembro de 2013. *Cria a Unidade Técnica Escola de Governo em Saúde Pública do Estado de Pernambuco - ESPPE*.

_____. Secretaria Estadual de Saúde. Superintendência de Planejamento. *Plano Estadual de Saúde (PES), 2012-2015*. Recife, SES, 2012.

_____. Secretaria Estadual de Saúde. Comissão Intergestores Bipartite. *Resolução CIB/PE n. 2.548, de 27 de março de 2014* - Regimento Interno da Comissão de Integração Ensino e Serviço. Recife: Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco, 2014.

_____. Escola de Governo em Saúde Pública. Projeto Político Pedagógico/Escola de Governo em Saúde Pública do Estado de Pernambuco. Recife, 2014. 51 p. 1. - Projeto Político Pedagógico.

_____. Lei nº 15.066/de 04/09/2013 – que cria a Unidade Técnica Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco – ESPPE.

PEROSA, C. T.; PEDRO, E. N. R.; Perspectivas de jovens universitários da região norte de Rio Grande do Sul em relação à paternidade. *Rev. Esc. Enf. USP.* v.43, n.2, p. 300-6, 2009.

PIMENTEL, M. Problemática da Educação Continuada nas Instituições de Saúde. *Revista Paulista de Enfermagem.* São Paulo, v.10, n.2, p.72-74, mai./ago. 1991.

POCHMANN, M. O emprego na globalização: a nova divisão internacional do trabalho e os caminhos que o Brasil escolheu. São Paulo: Boitempo. 2001.

PORTELLA, M. R. Cuidar para um envelhecer saudável: a construção de um processo educativo com mulheres rurais. *Revista Brasileira de Enfermagem.* Brasília, v.52, n.3, p.355-364, jul./set. 1999.

QUINTANA, P. B.; ROSCHKE, M. A. C.; RIBEIRO, E. C. O. Educación permanente, proceso de trabajo y calidad de servicio em salud. In: HADDAD J. Q.; ROSCHKE, M. A.C.; DAVINI, M. C. Educación permanente de personal de salud. OPAS. Serie de Desarrollo de Recursos Humanos. Washington, DC. n. 100, 1994. p. 33-61.

QUINTELA, F. C. A; BENITO, G. A. V. Encontros e desencontros da educação permanente no município de Baixo Guandu, Estado do Espírito Santo. TCC.

Especialização em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. ENSP /FIOCRUZ. 2011. 13 p.

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

RESSEL, L. B.; BECK, C. L. C.; GUALDA, D. M. R.; HOFFMANN, I. C.; SILVA, R. M.; SEHEM, G. D.; O uso do grupo focal em pesquisa qualitativa. *Texto Contexto Enferm*, v.17, n.4, p. 779-86, 2008.

REZENDE, Mônica de. A articulação educação-saúde (AES) no processo de formulação das políticas nacionais voltadas para a formação de nível superior dos profissionais de saúde. 2013. 213 f. Tese (Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013.

RIBEIRO, E. C. O. Exercício da preceptoria: espaço de desenvolvimento de práticas de educação permanente, *Rev Hosp Univers Pedro Ernesto, UERJ*, ano 11, sup., 2012.

_____; MOTTA, J. I. J. Educação Permanente como estratégia na reorganização dos serviços de saúde. *Saúde Debate*, v.12, n.12, p.39-44, 1996.

RIBEIRO, Elisa. A perspectiva da entrevista na investigação qualitativa. In: *Evidência, olhares e pesquisas em saberes educacionais*. Número 4, maio de 2008. Araxá. Centro Universitário do Planalto de Araxá.

RIBEIRO, E. C. O. Exercício da preceptoria: espaço de desenvolvimento de práticas de educação permanente, *RevHospUnivers Pedro Ernesto, UERJ*, ano 11, sup., 2012.

RICALDONI, Carlos Alberto C.; SENA, Roseni R. de. Educação permanente: uma ferramenta para pensar e agir no trabalho em enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 14, n. 6, p. 837-842, 2006.

RODRIGUES, José. A Educação Politécnica no Brasil. Niterói: EDUFF, 1998.

ROGERS, C. R. Tornar-se Pessoa. São Paulo: Martins Fontes, 2001. 489 p.

ROMÃO, J. E. Educação Profissional no Século XXI. Boletim Técnico do SENAC - 2002. Disponível em: <<http://www.senac.br/informativo/BTS/283/boltec283b.htm>>. Acesso em 04-11-2019.

ROVERE, M.P. Gestion Estratégica de La Educacion Permanente en Salud. In: Educacion Permanente de Personal de Salud – Serie Desarrollo de Recursos Humanos, n.100. Organización Panamericana de la Salud, Washington, 1994.

SANDRI, J. V. A. A comissão de integração ensino e serviço regional: sua trajetória no estado de Santa Catarina. Revista Brasileira de Tecnologias Sociais, Itajaí, v. 3, n. 2, 2016.

SANTANA, Célia Maria Borges da Silva. *Estudo dos princípios da educação permanente e do projeto da reforma sanitária na formulação da educação permanente em saúde*. Recife: O Autor, 2008.

_____. C. M. B. S.; SANTOS, J. S.; NAVARRO, L. M.; MACÊDO, N. B.; ALBUQUERQUE, P. C. C.; FELIPE, D. A.; SÁ, D. A. Escola de Governo em Saúde Pública de PERNAMBUCO: trajetória, conquistas e desafios. In: SOUZA, R. M. P.; COSTA, P. P.(org.). Educação Permanente em Saúde: experiência viva na rede brasileira de escolas de saúde pública. Rio de Janeiro: ENSP/RedEscola, 2016.

SANTOS FILHO, J. C. dos, e GAMBOA, S. A. S. Pesquisa Educacional: quantidade-qualidade. 5a ed., São Paulo: Cortez. 2002.

SANTOS I., Souza, A. A. Formação de Pessoal de nível médio pelas instituições de Saúde: Projeto Larga Escala, uma experiência em construção. Ver. Saúde em Debate - Março, 1989.

SANTOS, I. F. et al. EDUCAÇÃO PERMANENTE NA FORMAÇÃO: experiência na atenção básica. In: GOMES, L. B.; BARBOSA, M. G.; FERLA, A. A. (Orgs.). A

Educação Permanente em Saúde e as Redes: Colaborativas Conexões para a produção de saberes e práticas. 1a ed. Porto Alegre: Rede Unida, 2016. p. 107–128. ISBN: 9788566659603.

SAVIANI, Dermeval. O trabalho como princípio educativo frente às novas tecnologias. In: FERRETTI, Celso João (et. al.). Novas tecnologias, trabalho e educação: um debate multidisciplinar. Petrópolis: Vozes, 2000, p. 151-168.

_____. Trabalho e educação: fundamentos ontológicos e históricos. Revista Brasileira de Educação. v. 12 n. 34, p. 152-180, jan. /abr. 2007.

_____. Pedagogia histórico-crítica: primeiras aproximações. 7. ed. Campinas, SP: Autores Associados, Coleção Polêmicas do Nosso Tempo; v.40, 2003.

SCHMIDT, E. S. Currículo: uma abordagem conceitual e histórica. Publ. UEPG. Hum., Ci. Soc. Apl., Letras e Artes. Ponta Grossa. Vol. 11, nº. 1, pp. 59-69, 2003.

SCHÖN, D. A formação de profissionais reflexivos. Barcelona: Paidós; 1994.

SCHWARTZ, B. Reflexões sobre o desenvolvimento da educação permanente. Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos, ampl. Rio de Janeiro, v.5, n.113, jan./mar. 1969.

_____. A educação, amanhã: um projeto de educação permanente. Petrópolis: Vozes, 1976.

SELLTIZ, C.; WRIGHTSMAN, L. S.; COOK, S. W. Métodos de pesquisa das relações sociais. São Paulo: Herder, 1965.

SILVA da F. P. SRAGENTINI, V. M. O. Análise de discurso político e a política da análise de discurso. Estudos da Linguagem. Vitória da Conquista. n1, 2005.

SILVA, E. L.; MENEZES, E. M.; Metodologia da Pesquisa e Elaboração de Dissertação. 3 ed. Rev. atual. Florianópolis: Laboratório de Ensino a Distância da

UFSC, 2001. 121p.

SILVA, G. M. Educação Continuada/Educação Permanente em Enfermagem: uma proposta metodológica. Dissertação de Mestrado – Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina – São Paulo, 2005.

SILVA, J. F. A. Educação permanente em saúde como espaço de produção de saberes na Estratégia de Saúde da Família. Dissertação de Mestrado – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2015.

SILVA, L. A. A.; BACKES, Vânia M. S. Perspectivas de transcender na educação no trabalho: tendências da enfermagem latino-americana. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

SILVA, L. A. A. Da et al. Educação permanente em saúde na atenção básica: percepção dos gestores municipais de saúde. Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre, v. 38, no 1, p. 1–8, 2017. DOI: 10.1590/1983-1447.2017.01.58779.

SILVA, M. J. P. da; PEREIRA, L. L.; BENKO, M. A. Educação Continuada: estratégia para o desenvolvimento do pessoal de enfermagem. Rio de Janeiro: EDUSP/Marques-Saraiva, 1989.

SILVA, M. N. Educação Permanente em Saúde: o Estado entre a política e as práticas. Tese de Doutorado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, BR – RS, 2016.

STAKE, R. E. Pesquisa qualitativa: estudando como as coisas funcionam. Porto Alegre: Penso, 2011.

TRIVIÑOS, A. N. S. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

TURATO, E.R.; Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. Rev. Saúde Pública. v. 39, n.3, p.507-14, 2005.

UNESCO. Segunda conferência mundial de educación de adultos. Paris: Unesco, 1963. 54 p.

_____. Actas de la Conferencia General. In: 19.a reunión Nairobi. Paris: UNESCO, 1976. Disponível em: <<http://unesdoc.unesco.org/images/0011/001140/114038s.pdf>>. Acesso em: 19 de agosto de 2019.

_____. Educação: Um tesouro a descobrir – Relatório para a Unesco da Comissão Internacional sobre educação para o século XXI. Editora Cortez, 281p. 1998.

_____. ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO E A CIÊNCIA. Unesco: Nova Estratégia para a Educação. Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos. Brasília, v.59, n.129, p.767-774, jan./mar. 1973.

VASCONCELOS, M. et al. Módulo 4: práticas pedagógicas em atenção básica a saúde. Tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade. Belo Horizonte: Editora UFMG – Nescon UFMG, 2009. 70 p.

VASCONCELLOS, M. da P. C.; SIQUEIRA, A. A. F. Uma contribuição à Saúde Pública no Brasil: Centro de Educação Permanente em Saúde Pública. Saúde em Debate. N.52, p.18-23, 1996.

VÁZQUEZ, A. S. Filosofia da Práxis. 4.ed. São Paulo: Paz e Terra; 1990.

VEIGA, I. P. A. A docência na educação superior e as didáticas especiais: campos em construção. Educação, Santa Maria, v. 36, n. 3, p. 455-464, set./dez. 2011.

VIANA, A. L. d' Á. Relatório final da pesquisa de Avaliação e Acompanhamento da Política de Educação Permanente em Saúde. São Paulo: USP, 2007.

VICENT, S. P. Educação permanente: componente estratégico para implementação da política nacional de atenção oncológica. *Revista Brasileira de Cancerologia*. Rio de Janeiro, v. 53, n. 1, p. 79-85, 2007.

VIDAL, C. El desarrollo de recursos humanos en las Americas. *Educación Médica y Salud*. v.18, n.1, 1984. p.9-33.

VIDAL, C. A.; GIRALDO, L. E.; JOUVAL, H. LA EDUCACIÓN PERMANENTE EN SALUD EN AMERICA LATINA. *Educ Med Salud*, Washington, v. 20, no 4, p. 495–512, 1986.

YIN, R. K. Estudo de caso: planejamento e métodos. 2.ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

ZÔMPERO, A. F.; LABURÚ, C. E. ATIVIDADES INVESTIGATIVAS NO ENSINO DE CIÊNCIAS: ASPECTOS HISTÓRICOS E DIFERENTES ABORDAGENS. *Rev. Ensaio*, Belo Horizonte, v.13, n.03, p.67-80, set/dez, 2011.

ZANOTTO, Maria Angélica do Carmo e DE ROSE, Tânia Maria Santana. Problematizar a própria realidade: análise de uma experiência de formação contínua. *Educ. Pesqui.* [online]. jan./jun. 2003, vol.29, no.1, p.45-54. Disponível naWorldWideWeb:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151797022003000100004&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 1517-9702.

ZAPPELLINI M. B.; FEUERSCHÜTTE S. G. O Uso da Triangulação na Pesquisa Científica Brasileira em Administração. *Administração: Ensino e Pesquisa*. Rio de Janeiro. V. 16, Nº 2, P. 241–273, 2015.

ZEICHNER, K. M. Uma análise crítica sobre a “reflexão” como conceito estruturante na formação docente. XIV Encontro Nacional de Didática e Prática de Ensino (ENDIPE). Porto Alegre, 2008. Tradução e revisão técnica de Júlio Emílio Diniz-Pereira. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/es/v29n103/12.pdf>. Acesso em: 24 maio 2019.

ZIKMUND, W. G. Business research methods. 5.ed. Fort Worth, TX: Dryden, 2000.

APÊNDICES



APÊNDICE A – Instrumento de pesquisa – Entrevista – Docente

I – PERFIL

1. Sexo

a) () Masculino b) () Feminino

2. Idade _____

3. Estado civil _____

4. Escolaridade _____

5. Tempo de serviço como docente _____

6. Categoria Funcional

- a) () Efetivo(a) da ESPPE b) () Efetivo(a) de outros órgãos
c) () Cargo Comissionado d) () Contratado(a) e) () Terceirizado
f) () Credenciado por meio de edital público

II – CONHECIMENTO SOBRE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

1. Você conhece ou já ouviu falar sobre Educação Permanente em Saúde?
2. Em sua opinião quais os desafios, limites e possibilidades da Educação Permanente em Saúde?

III – DESENVOLVIMENTO DA FORMAÇÃO

1. Como se processa o planejamento das atividades em sala de aula?
2. De que forma são construídos os saberes em sua disciplina?
3. Em sala de aula como é articulada a relação entre teoria e prática?
4. Os conhecimentos produzidos e sistematizados em sala de aula são estimulados nos espaços e práticas de trabalho dos alunos?

APÊNDICE B – Instrumento de pesquisa – Entrevista – Gestão e Área Técnica

I – PERFIL

1. Sexo

a) () Masculino b) () Feminino

2. Idade _____

3. Estado civil _____

5. Escolaridade _____

6. Tempo de serviço na ESPPE _____

7. Função na ESPPE _____

8. Categoria Funcional

- a) () Efetivo(a) da ESPPE b) () Efetivo(a) de outros órgãos
c) () Cargo Comissionado d) () Contratado(a) e) () Terceirizado
f) () Credenciado por meio de edital público

II – CONHECIMENTO SOBRE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

1. Você conhece ou já ouviu falar sobre educação permanente em saúde - EPS?
2. Em sua opinião quais os desafios, limites e possibilidades da EPS?

III – DESENVOLVIMENTO DA FORMAÇÃO

1. Como se dá à identificação da necessidade de aprendizagem por parte dos trabalhadores da Rede de Saúde?
2. Como se processa o planejamento das atividades da Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco?
3. Como ocorre a seleção dos docentes e dos alunos da Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco?
4. Como são estruturadas as temáticas trabalhadas pelos docentes em sala de aula?

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) GRUPO

FOCAL

Convidamos a(o) senhor(a) para participar da pesquisa intitulada **“EDUCAÇÃO E TRABALHO: UM OLHAR SOBRE A FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO**

ÂMBITO DA ESCOLA DE GOVERNO EM SAÚDE PÚBLICA DE PERNAMBUCO – ESPPE”, que está sendo desenvolvida e tem como objetivo geral analisar o desenvolvimento das formações executadas pela Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco, com os pressupostos da Educação Permanente em Saúde. O grupo focal será gravado, porém, garantimos o sigilo e confidencialidade do mesmo, sendo divulgado apenas em eventos e publicações científicas, preservando sempre a sua identidade. Não haverá compensação financeira ou custos decorrentes de sua participação na pesquisa, sendo a mesma, de caráter voluntário, e caso você não tenha interesse em participar, isto não lhe acarretará qualquer prejuízo. Você estará livre para desistir a qualquer momento, mesmo que inicialmente tenha concordado, sem que isso implique em danos a você e/ou ao seu serviço e/ou instituição. Poderá retirar todas as dúvidas, durante e após o estudo, havendo o compromisso da pesquisadora em respondê-las. As suas informações são muito importantes para a pesquisa, com possíveis benefícios para as instituições de ensino e sociedade em geral, uma vez que evidenciará o cenário da formação em saúde para o SUS em âmbito estadual, sabendo-se que é a partir do conhecimento de determinada realidade que ações e estratégias podem ser planejadas a fim de melhorar o cenário estudado. Além de incentivar a produção científica sobre essa temática em outras localidades do Brasil. Em relação aos riscos dos participantes em participar desta pesquisa são mínimos. Considera-se apenas que à exposição das ideias possam causar constrangimento, porém, esse risco é minimizado visto que aos participantes será garantido o sigilo da identidade. Estas condutas serão seguidas em cumprimento da Resolução nº 466/12, que revoga a Resolução nº 196/96, a fim de cumprir o que determina as pesquisas que envolvem seres humanos. Somando-se a essa finalidade, o TCLE será assinado em duas vias, a fim de que uma fique com o pesquisador e outra com o participante do grupo focal.

Colocamo-nos à disposição para maiores esclarecimentos sobre qualquer dúvida que o(a) senhor(a) possa ter sobre a pesquisa, falar com a Pesquisadora Maria Adjane Medeiros da Silva. Para maiores informações segue o contato (81) 99968-9827.

Recife, ____ de _____ de 2020.

Nome do(a) participante: _____

Assinatura do(a) participante: _____

APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Convidamos a(o) senhor(a) para participar da pesquisa intitulada **“EDUCAÇÃO E TRABALHO: UM OLHAR SOBRE A FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO ÂMBITO DA ESCOLA DE GOVERNO EM SAÚDE PÚBLICA DE PERNAMBUCO – ESPPE”**, que está sendo desenvolvida e tem como objetivo geral analisar o desenvolvimento das formações executadas pela Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco, com os

pressupostos da Educação Permanente em Saúde. Sua participação consiste, ao aceitar em colaborar com a pesquisa, em responder a entrevista. Ao responder a entrevista você não terá nenhum benefício direto ou imediato. No entanto, os resultados desta pesquisa serão muito importantes, com benefícios para as instituições de ensino e sociedade em geral, uma vez que evidenciará o cenário da formação em saúde para o SUS em âmbito estadual, sabendo-se que é a partir do conhecimento de determinada realidade que ações e estratégias podem ser planejadas a fim de melhorar o cenário estudado. Além de incentivar a produção científica sobre essa temática em outras localidades do Brasil. Os sujeitos participantes não serão mencionados ou identificados, dessa forma, podemos garantir que em nenhum momento durante os processos de análise e divulgação dos resultados vocês terão a sua identidade exposta. A pesquisa será divulgada em revistas especializadas e eventos na área da Saúde Coletiva, bem como a tese de conclusão de Mestrado em Ciências da Educação. Os dados coletados constituirão um banco de dados que ficará sob a guarda dos pesquisadores do projeto por cinco anos, podendo, eventualmente, ser utilizados em pesquisas futuras. Depois desse prazo, os dados serão destruídos. Não haverá compensação financeira ou custos decorrentes de sua participação na pesquisa, sendo a mesma, de caráter voluntário, e caso você não tenha interesse em participar, isto não lhe acarretará qualquer prejuízo. Você estará livre para desistir a qualquer momento, mesmo que inicialmente tenha concordado, sem que isso implique em danos a você e/ou ao seu serviço e/ou instituição. Estas condutas serão seguidas em cumprimento da Resolução nº 466/12, que revoga a Resolução nº 196/96, a fim de cumprir o que determina as pesquisas que envolvem seres humanos. Colocamo-nos à disposição para maiores esclarecimentos sobre qualquer dúvida que o(a) senhor(a) possa ter sobre a pesquisa e, nesse caso, falar com a Pesquisadora Maria Adjane Medeiros da Silva. Para maiores informações segue o contato (81) 99968-9827.

Consentimento de participação da pessoa como sujeito da pesquisa.

Declaro que li os detalhes descritos neste documento. Entendo que eu sou livre para aceitar ou recusar e que eu posso interromper minha participação a qualquer momento. Eu concordo que os dados coletados para o estudo sejam usados para os propósitos acima descritos.

Para participar da pesquisa, é necessário que você concorde com o termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Você concorda em participar desta pesquisa?

SIM NÃO

APÊNDICE E – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



HOSPITAL AGAMENON
MAGALHÃES - HAM



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: EDUCAÇÃO E TRABALHO: UM OLHAR SOBRE A FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO ÂMBITO DA ESCOLA DE GOVERNO EM SAÚDE PÚBLICA DE PERNAMBUCO.

Pesquisador: MARIA ADJANE MEDEIROS DA SILVA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 34048720.6.0000.5197

Instituição Proponente: UNIVERSIDAD DE DESARROLLO SUSTENTABLE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.183.205

Apresentação do Projeto:

EDUCAÇÃO E TRABALHO: UM OLHAR SOBRE A FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO ÂMBITO DA ESCOLA DE GOVERNO EM SAÚDE PÚBLICA DE PERNAMBUCO.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar os saberes trabalhados nas formações executadas pela Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco, com os pressupostos da Educação Permanente em Saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Em relação aos riscos dos participantes nesta pesquisa são mínimos.

Benefícios:

Os benefícios estão voltados para as instituições de ensino e sociedade em geral, uma vez que evidenciará o cenário da formação em saúde para o SUS em âmbito estadual, sabendo-se que é a partir do conhecimento de determinada realidade que ações e estratégias podem ser planejadas a fim de melhorar o cenário estudado. Além de incentivar a produção científica sobre essa temática em outras localidades do Brasil

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

complementar com as demais informações do cronograma e de pesquisa como: encaminhamento

Endereço: Estrada do Areal, 2723

Bairro: Prédio Anexo a Emergência Geral

CEP: 52.051-380

UF: PE **Município:** RECIFE

Telefone: (81)3184-1709

E-mail: cepham@hotmail.com



HOSPITAL AGAMENON
MAGALHÃES - HAM



Continuação do Parecer: 4.183.265

ao cep, levantamento da bibliografia etc..

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

todos os termos estão de acordo com as exigências da plataforma

Recomendações:

Vê comentário acima e após termino enviar relatório final.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Vê comentário acima e após termino enviar relatório final.

Considerações Finais a critério do CEP:

Em Reunião Extraordinária do Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos do Hospital Agamenon Magalhães, o pleito acompanhou parecer do relator e em conformidade com as atribuições definidas na Resolução CNS nº 466 de 2012 e na Norma Operacional nº 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação do referido projeto, não foram encontrados óbices éticos para realização do mesmo, pesquisador deverá submeter via Plataforma Brasil, relatório parcial caso no decorrer da pesquisa sejam demonstrados fatos relevantes de seu desenvolvimento; e um Relatório Final a ser apresentado após o encerramento da pesquisa, totalizando seus resultados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_1514127.pdf	18/06/2020 21:06:47		Aceito
Outros	Lattes.pdf	18/06/2020 20:54:57	MARIA ADJANE MEDEIROS DA SILVA	Aceito
Folha de Rosto	Folha.pdf	18/06/2020 20:54:12	MARIA ADJANE MEDEIROS DA SILVA	Aceito
Outros	Termo.pdf	30/04/2020 09:22:58	MARIA ADJANE MEDEIROS DA SILVA	Aceito
Outros	Curriculo.pdf	18/04/2020 16:19:21	MARIA ADJANE MEDEIROS DA SILVA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.doc	18/04/2020 16:08:20	MARIA ADJANE MEDEIROS DA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	TCLE.doc	18/04/2020 16:07:48	MARIA ADJANE MEDEIROS DA SILVA	Aceito

Endereço: Estrada do Anel, 3723

Bairro: Prédio Anexo a Emergência Geral

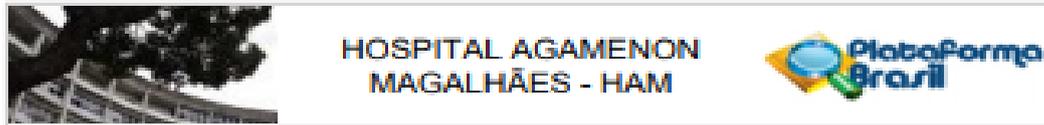
CEP: 52.051-380

UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81) 3184-1769

E-mail: cepham@hotmail.com



Continuação do Parecer: 4.183.265

Justificativa de Ausência	TCLE.doc	18/04/2020 16:07:48	SILVA	Aceito
Outros	Carta.pdf	20/02/2020 15:04:30	MARIA ADJANE MEDEIROS DA SILVA	Aceito
Outros	Entrevista.doc	20/02/2020 15:03:20	MARIA ADJANE MEDEIROS DA SILVA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RECIFE, 30 de Julho de 2020

Assinado por:
CARLOS ALBERTO SÁ MARQUES
(Coordenador(a))

Endereço: Estrada do Anísio, 2723
Bairro: Prédio Anexo a Emergência Geral
UF: PE Município: RECIFE
Telefone: (81)3184-1769
CEP: 52.051-380
E-mail: copham@hotmail.com



ISBN 978-658452546-7



9

786584

525467