



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Faculdade de Enfermagem

Anna Flávia Nascimento da Rocha

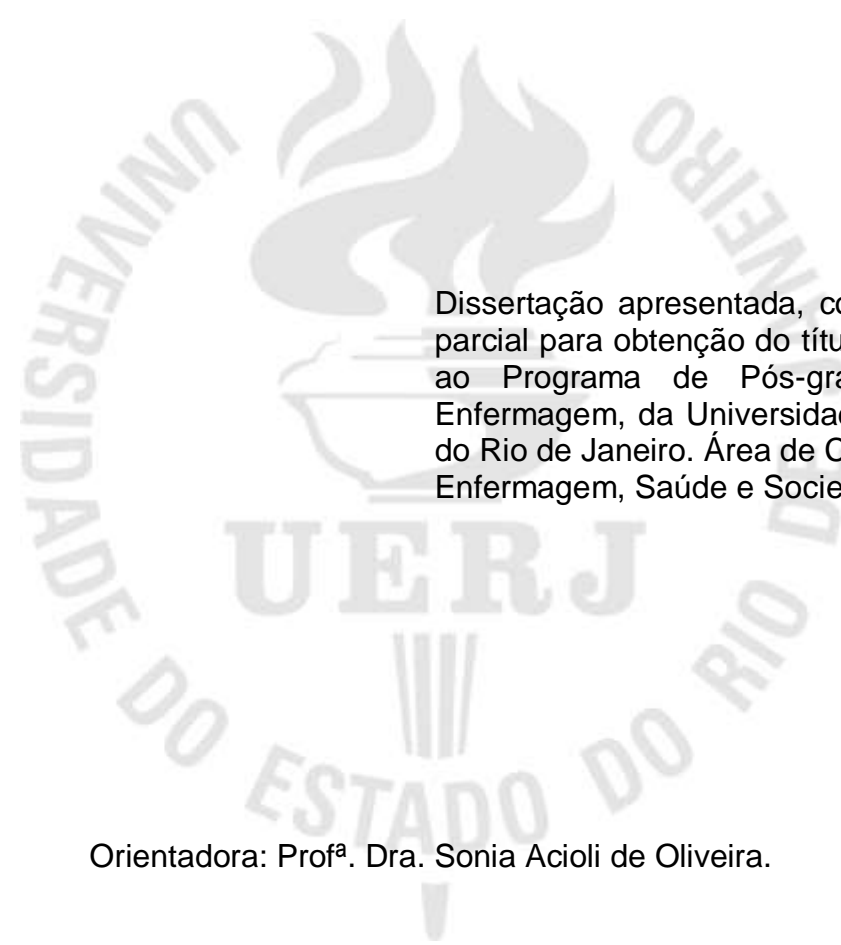
**Educação permanente na estratégia de saúde da família: a prática
do enfermeiro**

Rio de Janeiro

2020

Anna Flávia Nascimento da Rocha

**Educação permanente na estratégia de saúde da família: a prática do
enfermeiro**



Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de Concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Orientadora: Prof^a. Dra. Sonia Acioli de Oliveira.

Rio de Janeiro

2020

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CBB

R673 Rocha, Anna Flavia Nascimento da.
Educação permanente na estratégia de saúde da família: a prática do enfermeiro / Anna Flavia Nascimento da Rocha. - 2020.
88 f.

Orientadora: Sonia Acioli de Oliveira.
Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem.

1. Educação continuada. 2. Enfermagem - prática. 3. Estratégia Saúde da Família. 4. Educação em Saúde. I. Oliveira, Sonia Acioli de. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Enfermagem. III. Título.

CDU
614.253.5

Bibliotecária: Diana Amado B. dos Santos CRB7/6171

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Anna Flavia Nascimento da Rocha

Educação permanente na estratégia de saúde da família: a prática do enfermeiro

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao programa de Pós-graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de Concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Aprovado em 19 de fevereiro de 2020

Banca Examinadora:

Prof.^a Dra. Sonia Acioli de Oliveira (Orientadora)
Faculdade de Enfermagem – UERJ

Prof.^a Dra. Vanessa de Almeida Ferreira Corrêa
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

Prof.^a Dra. Mercedes de Oliveira Neto
Faculdade de Enfermagem – UERJ

Rio de Janeiro

2020

DEDICATÓRIA

Aos colegas de trabalho que apoiaram e caminharam comigo neste desafio.

A minha filha e ao meu marido pela compreensão da ausência em alguns momentos desta trajetória.

Aos meus professores e colegas com quem aprendi muito nesses anos, e que me encheram de esperanças e ajudaram no meu amadurecimento e no aprimoramento do conhecimento em um cenário tão diversificado que passamos nesse período.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora Sônia Acioli pela sabedoria em mostrar os melhores caminhos nesta trajetória.

Aos amigos do grupo de pesquisa pelos debates e discussões para aprimorar os meus estudos.

À Claudia Cristina Faustino, Danielle Pinheiro e Thiago Wendel pelas conversas de apoio para continuar na caminhada em momentos que parecia que as coisas não estavam caminhando bem.

À Gabriela Almeida pelo acolhimento e apoio na realização do trabalho no campo de pesquisa.

Aos colegas enfermeiros que participaram do estudo pelo momento enriquecedor de troca.

As professoras Vera Saboia, Clarissa Seixas, Donizete e Mercedes Neto por enriquecer meu conhecimento e este estudo.

Aos coordenadores e professores do curso de mestrado, por proporcionar momentos de aprendizado.

A meus familiares que estavam de fato torcendo por mim e que vibraram a cada etapa vencida.

Dificuldades e obstáculos são fontes valiosas de saúde e força
para qualquer sociedade.

Albert Einstein

RESUMO

ROCHA. Anna Flavia. **Educação Permanente na Estratégia de Saúde da Família: a prática do enfermeiro.** 2020. 88 f. Dissertação (Mestrado Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2020.

Este estudo teve como objeto a prática da Educação Permanente em Saúde (EPS) realizada pelo Enfermeiro da Estratégia de Saúde da Família. A prática da Educação Permanente em Saúde é de suma importância para qualificar a força de trabalho no SUS como também para consolidá-lo, tendo como resultado a garantia do acesso e integralidade do cuidado buscando também fortalecer a importância da prática do enfermeiro no modelo da Estratégia de Saúde da Família. A presente dissertação utilizou a pesquisa qualitativa com abordagem participativa baseando-se na Pesquisa- Ação Participativa em Saúde (PAPS) como método de pesquisa. Os dados foram coletados através da entrevista semi-estruturada com a participação de nove enfermeiros. Para o tratamento dos dados foi utilizada a análise de conteúdo de Bardin, sendo construídas três categorias: Sentidos da Educação Permanente em Saúde para os Enfermeiros, Fatores limitantes na Prática de Educação Permanente em Saúde e Formas de Realizar Educação Permanente em Saúde. Através deste estudo foi verificado um entendimento diversificado atribuído pelos enfermeiros na realização da EPS e também as limitações para a prática da EPS. Pode-se identificar como práticas dos enfermeiros: realização de capacitação no trabalho, repasse de informações, discussão de problemas e realização de palestras. Ressalto a importância da prática da EPS ser planejada e organizada de acordo com as necessidades do trabalho do território, do indivíduo, da família e da comunidade que está inserido. A efetividade da Política Nacional de Educação Permanente está diretamente ligada ao comprometimento dos profissionais, ao seu conhecimento do que é a EPS, da gestão local e central, e também da sistematização e organização para o financiamento, monitoramento e avaliação das ações de EPS realizadas no cotidiano das redes de atenção a saúde.

Palavras-chave: Educação Permanente. Prática de Enfermagem. Enfermagem. Educação em Saúde. Educação Continuada. Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

ROCHA. Anna Flavia. **Permanent education in family health strategy**: the nurse practice. 2020. 88 f Dissertação (Mestrado Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2020.

This study had as object the practice of Health Permanent Education (HPE) performed for Family Health Strategy Nurse. The practice of Health Permanent Education is fundamentally important to qualify the workforce in SUS but also to consolidation it with the result that access guaranty and care integrality seeking reinforce the importance of the nurse practice in Family Health Strategy Pattern as well. This dissertation used qualitative research with a participatory approach based on Research-Participatory Action in Health (PAPS) as a research method. Data were collected through semi-structured interview, with the participation of nine nurses. For Data treatment was used Bardin contents analysis being built three categories: Permanent Education Senses in health to the Nurses, Limiting Factors in Permanent Education Practice in Health and Ways to Perform Permanent Education in Health. Through this study was inspected a diversified understanding assigned by nurses in HPE execution and to the limitation in HPE practice as well. It must be identified as HPE nurse practice: Work capacitation execution, interest information, discuss problems, performance of lectures. It should be noted the importance of HPE practice be planned and organized according to the area and work, individual, family and community they are inserted necessities. The effectivity of the National Permanent Education Policy is directly connected to the professional commitment, to the HPE knowledge, to the central and local management and systemization and organization of financing, monitoring and evaluation to the HPE actions performed in daily health attention nets as well.

Keywords: Permanent Education Nursing Practice. Nursing Practice. Nursing. Health Education. Continued Education. Family Health Strategy.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 –	Valores Repassados Via PRO EPS-SUS aos Estados Brasileiros.....	37
Figura 2 –	Adesão de Municípios ao PRO EPS-SUS.....	38
Figura 3 –	Mapa das Áreas de Planejamento do Município do Rio de Janeiro.....	42
Tabela 1 –	Distribuição dos participantes por sexo. Rio de Janeiro - RJ-2019.....	51
Tabela 2 –	Distribuição dos participantes por idade. Rio de Janeiro – RJ -2019.....	51
Tabela 3 –	Distribuição dos participantes por tempo de formação profissional.....	52
Tabela 4 –	Tempo de atuação dos enfermeiros na unidade.....	52
Tabela 5 –	Curso de Extensão em Saúde da Família.....	53
Quadro 1 –	Demonstrativo da síntese dos temas da análise de conteúdo.....	79
Quadro 2 –	Levantamento bibliográfico feito da base de dados da biblioteca virtual em saúde.....	80

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária Saúde
BDENF	Base de Dados da Enfermagem
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CEFOR	Centro de Formadores
CF	Clinica da Família
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIES	Centro de Integração e Educação e Saúde
CMS	Centro Municipal de Saúde
CNS	Conferencia Nacional de Saúde
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COSAC	Coordenação de Saúde da Comunidade
CSA	Companhia Siderúrgica do Atlântico
DF	Distrito Federal
eAB	Equipes de Atenção Básica
EC	Educação Continuada
ESF	Estratégia Saúde da Família
ETS	Escola Técnica de Saúde
EPS	Educação Permanente em Saúde
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IDS	Índice de Desenvolvimento Social
IES	Instituto de Educação Superior
IPEA	Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas
MRS	Movimento da Reforma Sanitária
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
NECS	Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva
OMS	Organização Mundial de Saúde

PACS	Programa Agente Comunitário de Saúde
PAPS	Pesquisa-ação participativa em saúde
PMAQ / AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PPGENF	Programa de Pós Graduação em Enfermagem
PROCIENCIA	Programa de Incentivo à Produção Científica, Técnica e Artística.
PSF	Programa Saúde da Família
PRO EPS-SUS	Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no SUS
RA	Região Administrativa
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
SCNES	Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SUBPAV	Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde.
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecimento
UAPS	Unidade de Atenção Primária em Saúde
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
UR	Unidade de Registros

SUMÁRIO

	CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	13
1	REFERENCIAL TEÓRICO- CONCEITUAL.....	21
1.1	A Atenção Primária em Saúde e a Estratégia de Saúde da Família....	21
1.2	A Prática do Enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família	25
1.3	Aspectos Conceituais e Históricos da Educação Permanente	30
2	METODOLOGIA.....	39
2.1	Tipo de Estudo.....	39
2.2	Local do Estudo.....	41
2.3	Descrição do contexto externo da AP 5.3, no município do Rio de Janeiro.....	41
2.4	Processo de trabalho nas unidades de Atenção Primária do Município do Rio de Janeiro.....	44
2.5	Participante do Estudo	45
2.6	Técnicas de Produção de dados	46
2.7	Análise de dados.....	47
2.8	Aspectos Éticos	48
3	RESULTADOS E DISCUSSÕES	50
3.1	Caracterização dos Participantes.....	50
3.2	Categoria 1- Sentidos da Educação Permanente em Saúde para os Enfermeiros.....	53
3.3	Categoria 2- Fatores Limitantes na Prática da Educação Permanente em Saúde.....	56
3.4	Categoria 3- Formas de realização da Educação Permanente em Saúde	59
	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	63
	REFERÊNCIAS.....	66
	APÊNDICE A - Roteiro de Entrevista Semi-Estruturada	75
	APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre Esclarecido- Enfermeiro	76
	APÊNDICE C - Demonstrativo da Síntese dos temas da análise de conteúdo.....	79

APÊNDICE D - Levantamento bibliográfico feito da base de dados da biblioteca virtual em saúde	80
ANEXO A - Parecer do Comitê de Ética- UERJ.....	82
ANEXO B – Parecer do Comitê de Ética SMS- RJ.....	86

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O presente estudo está vinculado à linha de pesquisa intitulada “Saberes, Políticas e Práticas em Saúde Coletiva e Enfermagem”, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (PPGENF/UERJ), e está inserido no projeto intitulado “Práticas dos Enfermeiros nas Equipes de Atenção Primária à Saúde: Construção de Projetos Emancipatórios numa Perspectiva Comparada entre Rio de Janeiro e Coimbra” tendo como objeto do estudo ‘A prática da Educação Permanente em Saúde realizada pelo enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família.

Atuando desde 2002 na Atenção Primária no município do Rio de Janeiro, A motivação para realizar este estudo está diretamente relacionada à minha trajetória profissional iniciando em uma unidade básica de saúde trabalhando nos programas de Hipertensão Arterial, Diabetes e Hanseníase, em 2004 na inserção do Programa agentes comunitários de saúde (PACS), e em 2005, na implantação e assistência das primeiras equipes de saúde da família. Em 2009 com a expansão da Estratégia de Saúde da Família no Rio de Janeiro e o início do cargo de gerente assumi a gestão local de uma unidade de saúde. Posteriormente, fiz parte da equipe de coordenação da área e participei da implantação das primeiras Clínicas de Família. Em 2014, atuando na coordenação geral retornei ao cargo de gerente onde permaneço no momento. Desde então, uma das minhas inquietações está relacionada à realização sistemática do processo ensino-aprendizagem pautada em capacitações protocolares, realizadas por categoria profissional com objetivo segundo os responsáveis de qualificar a prática profissional, melhorar a qualidade assistencial, alcançar metas e indicadores de saúde das equipes de saúde da família. O processo ensino-aprendizagem é baseado nas capacitações focadas em fluxos e protocolos que poucas vezes levam em consideração a reflexão e a verbalização do contexto vivenciado pelos profissionais no seu dia a dia de trabalho. O conteúdo repassado é baseado em soluções ideais e com pouca construção de possibilidades a partir dos problemas reais encontrados no campo de trabalho. Sendo assim, as capacitações passam a ser um espaço de repasse de informações e conteúdos.

Desse modo, é necessário discutir o processo de educação no campo da saúde. Verificando o glossário eletrônico da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), a educação na saúde “consiste em produzir e organizar conhecimentos para formação e atuação na saúde (BRASIL, 2012, p.20). A educação no campo da saúde e na perspectiva da formação dos profissionais de saúde geralmente são apresentadas como educação continuada e/ou Educação Permanente em Saúde (EPS), sendo necessário explicitar essas expressões.

A chamada Educação Continuada (EC) tem como característica definir períodos para execução de atividades e usar uma metodologia tradicional. A EPS, segundo definição do Ministério da Saúde (MS) é uma forma de aprendizado no trabalho, é o aprender e ensinar integrados no cotidiano do trabalho e na organização dele. A EPS tem o foco a aprendizagem e a potencialidade de transformar as práticas profissionais que ocorrem no trabalho (BRASIL, 2018).

A proposta da EC é atualizar conhecimentos, porém com direcionamento baseado em matérias e com metodologia de transmissão de conhecimentos. Na EC, a aprendizagem é desenvolvida através de capacitação com foco por categoria com temas estabelecidos (COPETTI; SOARES; FOLMER, 2018).

Diante da metodologia de trabalho das equipes da Estratégia de Saúde da Família, a educação continuada seria uma forma de aprendizado realizada através de capacitações por categoria focadas nos protocolos clínicos, podendo acarretar uma fragmentação do trabalho em equipe, quando seria importante criar espaços de reflexão a respeito das especificidades do território e nas possibilidades de atuação das equipes diante da realidade apresentada no dia a dia.

A parte técnica e científica é primordial para o ensino- aprendizado, porém na área de saúde a transformação das práticas profissionais e a organização do trabalho, deveriam ser pautadas na metodologia da problematização, buscando adequar os princípios da integralidade, às questões sociais e o desenvolvimento do processo saúde-doença a partir dessa realidade (CECCIM, 2004).

A atuação das ESF depende das informações técnicas, no entanto, refletir como operacionalizar a parte científica diante da necessidade real do território pelas equipes vem sendo um desafio. O manejo clínico evidenciado nos protocolos em alguns casos não reflete a realidade da população adscrita do território de atuação das equipes.

Diante da expansão dos serviços e ações de saúde e da implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1990, ocorreu à necessidade de reorientação das estratégias de ações de saúde, gestão de trabalho e formação de trabalhadores. Em 1970, com o movimento da Reforma Sanitária, foi observada a necessidade de construção de uma política pública para Educação no setor Saúde que viesse rever as orientações tradicionais não equiparadas com as necessidades reais dos serviços (BRASIL, 2008).

O Sistema Único de Saúde (SUS), baseado na reforma sanitária, tem papel importante na coordenação e na formação dos profissionais da área. Assim, as políticas públicas de saúde brasileiras, baseadas nas diretrizes do SUS, precisam realizar mudanças na educação dos profissionais da saúde. Segundo a Constituição Federal no seu artigo 200 de 1988, é competência do SUS organizar a formação de recursos humanos na área da saúde (BRASIL, 2008).

No ano de 2003, O Conselho Nacional de Saúde, aprovou a Resolução de nº 335, afirmando a aprovação da “Política Nacional de Formação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde” e a estratégia dos “Polos ou Rodas de Educação Permanente em Saúde” como instâncias loco regionais e interinstitucionais de gestão da Educação Permanente (BRASIL, 2018).

A ênfase na implantação da ESF justifica-se pela necessidade de mudanças do modelo assistencial historicamente biomédico por um modelo que considere a integralidade, atenção, promoção, reabilitação e recuperação da saúde. Atribuindo a ESF a responsabilidade pelo primeiro acesso do usuário ao sistema de saúde e também de minimizar e solucionar os principais e mais frequentes problemas de saúde da população (FERTONANI; PIRES; BIFF; SCHERER, 2015).

No ano de 2003 a Política de Educação dos Profissionais da Saúde apresentou destaque com a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), que institucionalizou a política de educação na saúde e gerou iniciativas para reorientação da formação de profissionais destacando a abordagem integral do processo saúde-doença, a valorização da Atenção Básica e a busca de integração entre as Instituições de Ensino Superior (IES), serviços de saúde e comunidade, com a finalidade de propiciar o fortalecimento do SUS (BRASIL, 2008).

A criação da SGTES ocasionou avanços na área da educação na saúde e, também, desafios como a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e elaboração de estratégias para sua atualização devido às novas exigências da área da saúde (BRASIL, 2008).

Para estabelecer a consolidação do SUS em relação à prática profissional, o Ministério da Saúde em 2004 através da Portaria nº198/GM institui a Política de Educação Permanente em Saúde com objetivo de qualificar os serviços e as ações na saúde priorizando uma qualificação com base na realidade, na necessidade local e na construção coletiva, buscando transformar a prática e a organização do trabalho e acima de tudo destacar a problematização do trabalho, valorização da equipe multidisciplinar e o desenvolvimento de ações com caráter social sem desvalorizar a formação técnica específica (COSTA, 2006).

Desta forma, a Política Nacional de Educação Permanente em saúde define novas diretrizes com destaque para participação de trabalhadores e usuários buscando a consolidação do controle social (MORAES, 2015).

A Política de Educação Permanente tem como proposta o fortalecimento do SUS sendo a Atenção Primária de Saúde reconhecida como espaço de reorientação de sistemas de serviços de saúde mediante a implantação de distritos sanitários (distritalização) e como oportunidade de experimentação de modelos assistenciais alternativos congruentes com as necessidades de saúde de acordo com a característica e perfil da população vem desempenhar um papel importante nesse cenário (BRASIL, 2006).

Com isso a Estratégia de Saúde da Família criada em 1994, foi o modelo escolhido para reorganizar a prática de saúde na Atenção Primária realizando atividades de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, tendo como metodologia de trabalho o território adscrito, o trabalho em equipe, a participação da comunidade e o olhar para as situações sociais reais do território que abarca a Educação Permanente em Saúde como a política de reestruturação da educação no setor saúde (COSTA, 2006).

Também nessa perspectiva, a Política Nacional da Atenção Primária (PNAB) 2017 define como responsabilidade a garantia de espaços físicos e ambientes adequados para formação de estudantes e trabalhadores realizando uma formação em serviço e de educação permanente e continuada nas Unidades Básicas de Saúde

e, define como atribuições dos profissionais da Atenção Básica articular e participar das atividades de educação permanente e continuada (BRASIL, 2017).

Em relação à PNAB cabe ressaltar que o documento do ano de 2011 trazia como atribuição específica do enfermeiro contribuir, participar e realizar atividades de EP para os profissionais da equipe de enfermagem e demais profissionais, porém com a reformulação da Política de Atenção Básica o enfermeiro passa a ter um papel de supervisionar os ACS com característica de níveis de acordo com a categoria profissional (BRASIL, 2017).

Entendendo o SUS também como espaço de formação, na PNAB 2011 os profissionais tinham a garantia de liberação de até 8 horas semanais para utilizar em atividades de formação, educação permanente, apoio matricial. A PNAB 2017 não descreve esta especificidade, sendo um desafio para os profissionais realizar sua qualificação (BRASIL, 2017).

Então na perspectiva de consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), qualificação das práticas profissionais integrais, realização do trabalho em equipe, e independência de trabalhadores, a EPS tem um papel fundamental, pois a metodologia teria como proposta a educação problematizadora, construída a partir das experiências profissionais direcionando a mudança nas práticas de saúde (VIEGAS; PENNA, 2013).

A Educação Permanente é multiprofissional, ocorre de forma contínua e utiliza, como metodologia, a pedagogia centrada na resolução de problemas (geralmente, através da supervisão dialogada) e oficinas de trabalho, efetuadas nos mesmos ambientes de trabalho. Busca como resultado a mudança institucional, a apropriação ativa do saber científico e o fortalecimento das ações em equipe (VIEIRA, 2013, p.190).

A EPS busca possibilidades e soluções para problemas de saúde dentro da realidade dos usuários, serviços e profissionais. A EPS pode influenciar no processo de reflexão para transformar as práticas existentes no SUS, possibilitando que os profissionais venham enfrentar as necessidades reais e possam realizar novas práticas e propor novos saberes diante do que está sendo apresentado (CAROTTA; KAWAMURA; SALAZAR, 2009).

Dessa forma a prática em saúde pode ser entendida como forma de fazer, expressar necessidades, refletir e desenvolver estratégias individuais para o coletivo dentro do contexto: social, político e econômico (ACIOLI, 2014). Assim, é importante que o enfermeiro tenha clareza da necessidade de desenvolver suas práticas de

acordo com a realidade e o mais próximo da necessidade da população, fortalecendo o cuidado compartilhado e a busca por práticas que possam potencializar o cuidado factível para situações existentes no processo de trabalho das equipes.

Nesse sentido, buscou-se analisar como se caracterizam as práticas de educação permanente do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família, através de levantamento bibliográfico feito na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde. Foram utilizados os descritores: “educação permanente”, “educação continuada em enfermagem”, “educação em saúde”, “enfermagem”, “estratégia saúde da família” e “prática profissional”. O recorte temporal utilizado foi do ano de 2009 a 2019, pois foi utilizado como base o início da expansão da ESF no Rio de Janeiro. No levantamento bibliográfico, foram selecionados 94 artigos. Após aplicação dos filtros foram excluídos os duplicados, selecionados os disponíveis nos idiomas inglês, português e espanhol, com texto disponível, e que continham em sua temática como assunto principal a prática do enfermeiro, educação permanente, estratégia de saúde da família sendo obtidos 20 artigos. Os artigos descritos no Apêndice C retratam que mesmo sendo importante a realização da EPS para qualificação e também para desenvolvimento da prática existe um desafio ainda no que tange a reflexão do que está sendo desenvolvido no dia a dia de trabalho para que a partir disso sejam geradas alternativas de resolutividade de forma efetiva. Também descrevem a potência e a pró-atividade dos enfermeiros, indicando que diante das inúmeras demandas que são direcionadas a eles, com frequência, ocorre a impossibilidade de realizar a EPS e tal situação acarreta a realização de capacitações fundamentadas na metodologia de transmissão do conhecimento dissociando a teoria e a prática, o pensar e realizar, ocasionando muitas vezes a fragmentação do processo de trabalho.

Conforme indicado nos resultados das buscas bibliográficas, a literatura científica sobre a temática é limitada o que justifica o estudo associado à importância da construção de saberes a partir da realidade vivenciada no serviço para busca de alternativas resolutivas em relação à prática de educação permanente pelos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família.

Propõe-se, portanto neste estudo uma reflexão a respeito do que vem sendo realizado nas unidades de saúde da família no que tange a educação permanente e

quais as práticas que os enfermeiros realizam e consideram ser de educação permanente.

Diante das perspectivas surgiram os seguintes questionamentos motivadores para investigação:

- a) Quais práticas de educação permanente estão sendo desenvolvidas pelos enfermeiros na unidade de Estratégia de Saúde da Família?
- b) Como se caracterizam as práticas de educação permanente realizadas pelos enfermeiros nessas unidades de saúde?
- c) Quais ações de Educação Permanente são realizadas por esses profissionais?

Para responder aos questionamentos deste estudo, traçamos como:

Objetivo Geral

Conhecer as Práticas de Educação Permanente desenvolvidas pelos Enfermeiros na Estratégia de Saúde da Família no Território da Área Programática 5.3.

Objetivos Específicos

- a) Descrever as práticas de educação permanente desenvolvidas por enfermeiros nas unidades de Estratégia de Saúde da Família no território da AP 5.3;
- b) Discutir as práticas de educação permanente identificadas considerando as normas e diretrizes voltadas a Política Nacional de Educação Permanente.

Este estudo possui relevância científica, pois poderá contribuir para o campo de conhecimento da Enfermagem em Saúde Coletiva, acerca das práticas de saúde realizadas pelos enfermeiros das equipes da ESF. Destaca -se a relevância e a necessidade de buscar novas estratégias para implantação efetiva da Política de Educação Permanente com objetivo de fortalecer a consolidação do SUS para a sociedade, analisando se a prática da EPS vem qualificando os profissionais diante

da realidade vivenciada por eles no cenário que estão envolvidos produzindo uma prática assistencial integral.

1 REFERENCIAL TEÓRICO-CONCEITUAL

1.1 A Atenção Primária em Saúde e a Estratégia de Saúde da Família

A Constituição de 1988 consolidou a consciência social de promoção de saúde que deu origem ao SUS, através do movimento sanitário brasileiro. Com o SUS, ocorreu uma inovação na relação entre o Estado e a sociedade civil em defesa do acesso integral aos serviços. O SUS sustenta que a organização dos serviços de saúde precisa de uma rede articulada com fluxos e cuidados coordenados para atender as necessidades dos usuários, gestores e sociedade, definidas através da análise epidemiológica, econômica e cultural. No Brasil, os serviços públicos de saúde ainda apresentam uma fragmentação que ocasiona a descontinuidade do cuidado à população. A Estratégia Saúde da Família (ESF) é uma das propostas do Ministério da Saúde para a reorganização da Atenção Primária, podendo ser considerada uma alternativa de ação para o alcance dos objetivos de integralidade na atenção à saúde (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

No Brasil, a Atenção Primária incorporou os princípios da Reforma Sanitária, levando o Sistema Único de Saúde (SUS) a adotar a designação Atenção Básica à Saúde (ABS) para reorientação do modelo assistencial, a partir de um sistema universal e integrado de atenção à saúde. A concepção de atenção primária foi utilizada como forma de organização dos sistemas de saúde pela primeira vez no chamado Relatório Dawson, em 1920. Esse relatório buscou contrapor-se ao modelo flexneriano americano de cunho curativo, fundado no reducionismo biológico e na atenção individual (MATTA; MOROSINI, 2009, p.1)

O entendimento de Atenção Primária em Saúde surgiu em 1920, no Reino Unido através do Relatório Dawson que indicou a organização do sistema de atenção à saúde através dos serviços domiciliares, das unidades de saúde primária e secundária, dos serviços suplementares e os hospitais de ensino. Esse relatório esclarecia as funções de cada nível de atenção e as relações que deveriam existir entre eles trazendo assim, a regionalização dos sistemas em vários países (MENDES, 2012).

A Atenção Primária em Saúde (APS) é reconhecida como um componente importante dos sistemas de saúde. Esse reconhecimento torna-se evidente diante

dos resultados de saúde e no desenvolvimento da população nos países que legitimaram a APS como base dos seus sistemas de saúde. A APS apresenta aspectos distintos e interdependentes, é uma estratégia de organização e reorganização dos sistemas de saúde e representa o primeiro nível de atenção e é um modelo de mudança de prática assistencial dos profissionais de saúde. No Brasil a APS tem como premissa reordenar o sistema de atenção à saúde (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

A APS está organizada por estruturas conhecidas também como atributos, sendo esses subdivididos em atributos essenciais e derivados. Nos atributos essenciais estão: atenção ao primeiro contato que é o acesso ao serviço sempre que houver necessidade, longitudinalidade, atenção à saúde de forma regular e ao longo do tempo, integralidade realização de ações de promoção, prevenção e atenção à saúde nos três níveis de complexidade assistencial de forma articulada, abordagem integral individual e familiar e coordenação do cuidado onde o usuário recebe serviços e informações que respondam a suas necessidades de saúde de forma integrada na rede de saúde através dos prontuários. E os atributos derivados compostos por: orientação familiar avaliação das necessidades individuais para a atenção integral considerando o contexto familiar, orientação comunitária reconhecimento dos serviços de saúde das necessidades em saúde da comunidade através de dados epidemiológicos e do contato com a comunidade e competência cultural onde equipes e profissionais se adaptam as características culturais da população como facilitador das relações e da comunicação (STARFIELD,2002).

No Brasil, foi adotada a designação Atenção Básica, para refutar o que foi assumido por diversos países e instituições como o Banco Mundial, que relacionam à Atenção Primária como ações de baixa complexidade e para populações de baixa renda com objetivo de descaracterizar as desigualdades sociais existentes e rever a universalidade enfatizada na Declaração de Alma-Ata, onde foi salientada a necessidade da reorientação do modelo assistencial para um modelo universal, integrado de atenção à saúde, que viesse abranger os setores públicos e privados, com e sem fins lucrativos, o Sistema Único de Saúde (SUS). No entanto, não existe um consenso na utilização dos termos, uma vez que Atenção Básica também pode ser vista como uma atenção de menor complexidade (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

A conferência de Alma-Ata definiu a APS como “cuidados essenciais baseados em métodos” de trabalho e tecnologias de natureza prática, cientificamente comprovada e aceitável pela sociedade apresentando acesso universal a comunidade, indivíduos e famílias (MENDES, 2012).

A Atenção Primária à Saúde (APS) é a porta de entrada do Sistema de Atenção à Saúde, ela integra e coordena o cuidado atuando sendo resolutiva nos casos mais comuns e frequentes da maioria da população (MENDES, 2012).

As primeiras experiências de APS no Brasil estão registradas na primeira metade do século XX. Em 1990, baseado na nova ordem social definida na Constituição de 1988, onde a saúde passa a ser um direito de cidadania criando o Sistema Único de Saúde (SUS), busca-se implementar os princípios e diretrizes formulados pelo movimento da reforma sanitária (MATTA; MOROSSINI, 2009).

O Programa de Saúde da Família (PSF) tem início quando em 1991 o Ministério da Saúde forma o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Neste momento o foco dos cuidados em saúde começa ser a família e não somente o indivíduo. O programa inicia uma metodologia com intervenção ativa em saúde, com proposta de não aguardar que a demanda chegue aos serviços para ser realizada alguma intervenção, de agir a partir da prevenção e das necessidades da população sendo a ideia uma integração com a comunidade e a desconstrução de uma assistência biomédica (BRASIL, 2017).

O Programa de Saúde da Família projetado a partir de uma reunião ocorrida em dezembro de 1993, em Brasília, com o tema Saúde da Família, convocada pelo gabinete do Ministro da Saúde foi uma necessidade de responder as demandas dos secretários municipais de saúde que precisavam de apoio financeiro para realizar as mudanças e expansão na rede básica de saúde. Como resultado deste encontro foi criada a Fundação Nacional de Saúde, dentro do Departamento de Operações e a Coordenação de Saúde da Comunidade (COSAC) que agregava três programas: o de Agentes Comunitários, o da Saúde da Família e o de Interiorização do SUS (VIANA; POZ, 2005).

O primeiro documento do programa foi realizado em setembro de 1994 cujas diretrizes foram balizadas a partir da reunião de dezembro de 1993. O conceito do programa, segundo esse documento, seria de ser um instrumento de reorganização do SUS e da municipalização, definindo que a implantação seria prioritária em áreas

de maior vulnerabilidade, sendo utilizado o Mapa da Fome, do Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (IPEA), como critério de seleção para as áreas de risco. O PSF começa então a perder o cunho de programa e passa a ser uma ferramenta para reorganização do SUS (BRASIL, 2017).

No documento de 1996, o programa passa a ser definido como uma estratégia de reforma do modelo assistencial se concretizando na APS através da fusão do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e do Programa de Saúde da Família (PSF). Outra medida importante adotada foi a integração às universidades para a formação e qualificação das forças de trabalho. Nesse momento as Equipes de Saúde da Família obtiveram um crescimento em cidades menores e nas regiões mais pobres, tendo uma maior expansão dos grandes centros em 2008 (AGUIAR, 2010).

Neste contexto, o município do Rio de Janeiro no ano de 2009 iniciou o Programa chamado pelo governo municipal “Saúde Presente”. O programa buscava assegurar a APS como modelo de atenção para a reorganização da rede de atenção à saúde. A Estratégia de Saúde da Família (ESF) apresentou um aumento da cobertura assistencial de 3,5% em 2009 para 70% em 2017 (RIO DE JANEIRO, 2017).

Assim a ESF como modelo escolhido para reorganizar a atenção primária, desencadeou a necessidade de profissionais qualificados, com olhar para as necessidades de saúde do indivíduo e família de forma integral, surgindo também à exigência de profissionais com conhecimento, competência e conduta reorientada para esse novo padrão assistencial (AGUIAR, 2010).

Diante desse novo cenário a Educação Permanente surge como uma forma de qualificar as práticas dos enfermeiros nas unidades de Atenção Primária de Saúde, possibilitando conhecer através da reflexão do trabalho realizado no território as necessidades de saúde da população para reorganização de sua prática buscando avanços para consolidação das diretrizes da Política de Educação Permanente e das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

1.2 A Prática do Enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família

Para buscar compreender a prática do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família é importante contextualizar historicamente o conceito de prática.

Durante os períodos históricos as práticas de saúde foram divididas em seis momentos: 1) Prática de saúde instintiva caracterizada pelo cuidado em grupos; 2) Prática de saúde sacerdotal uma relação entre prática religiosa e a prática de saúde primitiva realizada pelos sacerdotes; 3) Prática de saúde no alvorecer da ciência, relacionada ao avanço das práticas de saúde e o surgimento da filosofia. 4) Prática de saúde monástico-medievais que tem como influência os fatores socioeconômicos e políticos, e as relações com o cristianismo sendo a enfermagem entendida como uma prática de leigos; 5) Prática de saúde pós-monásticas, evolução das práticas de saúde e principalmente da prática de enfermagem diante dos movimentos Renascentistas e da Reforma Protestante; 6) Prática de saúde do mundo moderno vistas sob o sistema político- econômico evidencia a Enfermagem como prática profissional industrializada (CAMPOS, 2014).

No Estado do Rio de Janeiro no ano de 1920, foi criado o curso de enfermeira visitadora que realizavam o cuidado baseado nas prescrições médicas e também realizavam orientações de higiene, organização do ambiente com intuito de buscar mudanças no comportamento das famílias que por elas eram visitadas. Essas enfermeiras eram divididas nos distritos de saúde e com a supervisão das enfermeiras norte-americanas tinham o trabalho pautado na elaboração de planos de cuidados baseados nas orientações de higiene. Importante salientar que neste período a enfermagem brasileira tinha base o modelo nightingaliano, onde a prática era alinhada com a saúde pública (AYRES et al., 2013).

No ano de 1921 a enfermagem obteve um forte impacto com a chegada das enfermeiras norte-americanas que prestavam serviços para Fundação Rockefeller e que vieram para o Brasil com objetivo de formar enfermeiras em saúde pública. Outro marco importante neste período foi o relatório Goldmark, realizado em 1923, que salientava a importância da educação na enfermagem (FREIRE; AMORIM, 2013).

A história tem como proposta explicar as circunstâncias vividas e propiciar visões deste cenário. O entendimento das situações sócio-econômicas, culturais e políticas que motivaram a História sobre a prática dos cuidados possibilitando os enfermeiros possam se desprender dos legados do passado (FREIRE; AMORIM, 2013).

Em 1953, a criação do Ministério da Saúde trouxe crescimento da medicina de grupo como prestadora de serviços e também um crescimento da enfermagem hospitalar mantendo uma assistência curativa e com uma divisão do trabalho com os auxiliares de enfermagem que tinham que realizar o trabalho manual. A lei nº 4024/61 então cria a categoria de técnico de enfermagem. As enfermeiras passam a ter como ênfase na sua prática o trabalho administrativo, educativo e de capacitação dos auxiliares em serviço (AYRES, 2013).

Com o golpe militar na década de 60, houve a retirada de direitos e centralização do poder. Assim surge o movimento sanitário nas universidades, nos serviços de saúde e na educação, um movimento dos trabalhadores para resistir, esse movimento propôs uma reforma no modelo de atenção (COSTA, 2006).

Assim, podemos entender que a prática do enfermeiro na ESF precisa ser realizada levando em consideração às questões sociais, sejam elas individuais ou coletivas, e que essas questões sociais, políticas e econômicas irão ser determinantes nos cuidados de saúde a serem prestados.

Em 1988, o Movimento da Reforma Sanitária (MRS) desencadeou a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Desta forma, como estratégias para garantir as diretrizes da Reforma Sanitária, estavam: o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, criado em 1991, e o Programa de Saúde da Família (PSF), criado em 1994, sendo que ambos os programas tinham como proposta a reorganização das práticas assistenciais e o cuidado da família como centro. Esses programas tinham como foco o ambiente físico e social buscando substituir o modelo tradicional de assistência curativo, com ações em saúde voltadas para a promoção, a prevenção e a recuperação com base nos princípios do SUS. O processo de trabalho seria multidisciplinar e interdisciplinar e uma metodologia de abordagem crítica dos cuidados à saúde diante da realidade familiar e comunitária do indivíduo (BRASIL, 2000).

Assim, podemos compreender que nossa identidade profissional foi e vem sendo produzida a partir de inúmeros pontos, entre eles a ligação da área com a sociedade no que diz respeito ao seu papel assistencial, educativo, científico, social e político (PADILHA, 2006).

Com a expansão desses programas, os enfermeiros ganharam protagonismo e autonomia diante das atribuições descritas pelo Ministério da Saúde, como: acompanhar e supervisionar o trabalho do PSF, promover capacitações e educação continuada para os ACS e auxiliares de enfermagem, além de atuarem na assistência com ênfase na promoção da saúde (BRASIL, 2017).

Nesse cenário os enfermeiros tiveram uma ampliação na sua atuação, pois também desenvolviam atividades assistenciais, administrativas, de coordenavam equipe, realizavam educação em saúde, contribuindo dessa forma com a consolidação da Estratégia de Saúde da Família (BRASIL, 2017).

A proposta de construção do SUS tem assegurado mudanças nos serviços de saúde e do modelo de atenção em saúde. Neste sentido, a prática da enfermagem passa por transformações, transportando a atuação na área curativa, individualizada, vinculada às instituições hospitalares para a produção de serviços em unidades básicas de saúde com ênfase nas ações de promoção e prevenção de saúde individual e coletiva (MATUMOTO, et. al. 2011).

No Brasil, as práticas do enfermeiro na Atenção Primária foram determinadas e reorientadas pelo Ministério da Saúde, por meio da Política Nacional da Atenção Básica (BRASIL, 2017) em conjunto com outras Políticas de Saúde como a (PMAQ AB) Política de Acolhimento à Demanda Espontânea e o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (BRASIL, 2015). Essas políticas acarretaram mudanças importantes no trabalho do enfermeiro e também das ESF.

O enfermeiro possui uma função social de cuidar e também de produzir procedimentos, além da relação com o usuário acarretando a articulação dos diversos saberes de diferentes profissionais, necessitando incorporar em sua prática a escuta, o acolhimento e o vínculo (COSTA; GARCIA; TOLEDO, 2016).

A prática de enfermagem, inserida no contexto das práticas em saúde, enfrenta o desafio cotidiano de imprimir uma nova lógica à organização do trabalho, configurando um agir pautado na integralidade e, neste sentido, a formação dos enfermeiros também se apresenta como um campo em que a integralidade é premissa

para a reorganização das práticas, uma vez que determinada a aquisição de competências e habilidades para a prática profissional (SILVA; SENA, 2007, p.49).

Diante disso o cuidado tem como definição velar, cuidar, tomar conta, de ações que tem como proposta preservar a vida favorecendo a reprodução (ACIOLI; VALADÃO; KEBIAN; FARIA; FERRACIOLLI; CORREA, 2014).

A prática do cuidado é uma pratica social, que pode ser determinada através da história e que desenvolve posições diante da realidade social (FERRACIOLI; ACIOLI, 2017).

As equipes de saúde da família são formadas por médicos (generalistas ou médico de família) odontólogo, enfermeiro, técnico de enfermagem e ACS. A equipe tem como objetivo principal a assistência integral, qualificada, resolutiva e que atendam às necessidades de saúde daquela população que está sob sua responsabilidade no território adscrito. Esse modelo de serviço de saúde tem como foco não o indivíduo, mas o contexto da família, e para alcançar esse contexto é necessário, uma abordagem multidisciplinar, diagnósticos da situação de saúde daquele local, planejamento e organização do trabalho com decisões compartilhadas e estímulo ao controle social (BRASIL, 2017).

A educação permanente é uma estratégia de suma importância para reorganizar as práticas de gestão, atenção, formação e controle social, uma vez que o processo de aprendizagem tem natureza participativa, e apresenta como foco o que é vivenciado no dia a dia nos serviços de saúde (MACHADO; MONTEIRO; QUEIROZ; VIEIRA; BARROSO, 2007).

A proposta de cuidado integral é um grande desafio, pois existe uma descontinuidade do modelo assistencial biomédico e da prática assistencial hegemônica para a construção de uma nova prática em saúde (FONSECA; SATAUFFER, 2007).

O cuidado em saúde transcenderia as técnicas curativas e individualizadas para práticas integrais e coletivas. No passado os cuidados em saúde eram voltados para a cura das doenças, não se levava em consideração a importância dos aspectos biológicos, psicológicos e sociais individuais e do coletivo, tão pouco existia a valorização das relações entre profissionais de saúde, família e indivíduos. A partir desse contexto, podemos considerar que a prática de cuidado em saúde passa a ter maior complexidade, pois o processo de cuidar envolve a o profissional

e o indivíduo ou família a ser cuidado, onde as questões culturais, socioeconômicas são uma realidade. Assim, podemos compreender que as práticas de cuidado do enfermeiro na atenção básica ganham significado diferenciado e importante, pois se faz necessário uma ligação e cultural com a população. As necessidades de saúde são identificadas no próprio território que pode desencadear o desenvolvimento de práticas mais efetivas (KEBIAN, 2014).

Na Estratégia Saúde da Família (ESF), a educação permanente pode ser um instrumento importante para a capacitação e qualificação dos profissionais, é uma forma de preencher as dificuldades que esses profissionais possam vir a ter durante o desenvolvimento de seu trabalho diante das necessidades da população no que tange a resolutividade, organização dos serviços e de transformação da realidade (EMEL, 2006).

Os investimentos em infraestrutura e nas políticas públicas que contribuíram para criação e implantação do PSF não evoluíram no mesmo ritmo da expansão do número de equipes de Equipes de Saúde da Família. A ESF vem contribuindo na ampliação do acesso aos serviços básicos de saúde, mas é importante entender os desafios que essa estratégia traz para as práticas de saúde, sendo assim, é necessária uma reflexão em relação à formação dos profissionais que ainda enfrentam desafios para adequar sua prática a esse novo modelo (BRASIL, 2017).

Nesse contexto, vale salientar a importância não somente do aumento do número de equipes de saúde da família, como uma forma de aumentar acesso, mas de profissionais capacitados para agregar em suas práticas processos resolutivos e adequados para o território e que exercem suas atividades profissionais com objetivo de melhoria dos indicadores de saúde daquela área adscrita que está em seu cuidado de saúde.

Entendemos que conhecer e entender as práticas do enfermeiro na saúde da família contribui para qualificação da prática diária e aprimora outros estudos acerca do objeto.

1.3 Aspectos conceituais e históricos e políticos da Educação Permanente

A organização da enfermagem como profissão tem como processo balizador a ação de cuidar individualmente ou de forma coletiva em situações de saúde diferenciada e ambientes diversificados. A saúde envolve aspectos físicos, psicológicos e em sociais da natureza humana (BRASIL, 2000).

A educação dos profissionais de saúde foi discutida na III Conferência Nacional de Saúde em 1963, onde os treinamentos forma vistos como importantes, porém limitantes. Na IV Conferência Nacional de Saúde, chamada Recursos Humanos para as Atividades de Saúde, demarcou a importância do profissional de saúde no nas de ações de promoção do bem estar social (OLIVEIRA et al, 2011).

Nas décadas de 60 e 70 a educação em serviço foi o primeiro conceito discutido nas Conferências Nacionais de Saúde, e este vinha com a proposta de adequar os profissionais de saúde às necessidades de saúde nos serviços públicos. A educação em serviço é um conjunto de práticas educativas que qualifica o profissional para atingir objetivos e metas definidas pela instituição que está inserido. (LEMOS, 2016).

Com a regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS), através da Lei 8080/90, ficou evidente a necessidade de organizar processos educativos para implantação dos princípios de integralidade do SUS. Assim surge na prática da enfermagem programas como o de educação continuada, tendo como diretriz capacitar a equipe para atender às demandas da população. Em 1980, por inspiração freireana, surge o conceito de competência processual, que vem acrescentar o conceito de Educação Permanente (OLIVEIRA et al, 2011).

O termo Educação Permanente surgiu na França, em 1955, tendo sido tornado oficial em 1956, através da publicação de um documento oficial pelo Ministro Educacional. O documento descrevia o prolongamento da escolaridade obrigatória e a reforma do ensino público (LEMOS, 2016).

Um dos pilares de sustentação do Sistema Único de Saúde (SUS) é a formação de seus trabalhadores. Seguindo essa diretriz, o Brasil instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) como estratégia de formação e

desenvolvimento de trabalhadores de saúde, por meio da Portaria GM/MS nº 198/20042 (BRASIL, 2017).

Em 2003, no Brasil foi criada a Secretaria de Gestão de Trabalho e da Educação em Saúde (SEGTES) do Ministério da Saúde, que tinha como responsabilidade a formulação de políticas de gestão para orientar a formação e qualificação dos trabalhadores da saúde (BRASIL, 2018).

A Portaria n.198 de 13 de fevereiro de 2004, Ministério da Saúde, institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor. Também institui uma condução locorregional mediante um Colegiado de Gestão configurado como Pólo de Educação Permanente em Saúde para o SUS, bem como relata as orientações sobre o financiamento das atividades vinculadas a esta Políticas (BRASIL, 2018).

Em 2007 novas diretrizes foram definidas para implementação dessa política pela Portaria MS/GM nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. As alterações em destaque foram relacionadas às seguintes situações: ao financiamento, que passa a ser integrado ao bloco de financiamento da gestão conforme estabelecido pelo “Pacto pela Saúde”, a integração do processo de planejamento e desenvolvimento da educação permanente ao SUS e a reorientação das relações e dos fluxos de informações desta política (BRASIL, 2005).

Na PNEPS, existe um destaque à mudança do foco das atividades de educação continuada para as atividades de educação permanente em saúde, onde a aprendizagem é realizada no trabalho e o aprender e ensinar estão ligados ao cotidiano das organizações e ao trabalho (LEMOS, 2016).

A educação permanente em saúde resulta da política para formação de recursos humanos que o governo adotou, e tem como base as experiências de educadores voltadas ao trabalho em saúde para estruturação e qualificação do SUS. A UNESCO trabalha o conceito de educação permanente considerando um processo dinâmico, contínuo e que seja também além de uma capacitação da força de trabalho, ou seja, que possibilite crescimento nas questões sociais (BRASIL, 2018).

Uma das formas de efetivar a PNEPS foi através do colegiado de gestão chamado de Polo de Educação Permanente em Saúde para o SUS, que tem várias funções entre elas articular e estimular a transformação das práticas de saúde e

educação na saúde no conjunto do SUS e das instituições de ensino, tendo em vista a implementação das diretrizes curriculares nacionais para o conjunto dos cursos da área da saúde e a transformação de toda a rede de serviços e de gestão em rede-escola (BRASIL, 2018).

No ano de 2007, os Polos de Educação Permanente em Saúde passaram a ser chamados de Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES), por meio da Portaria 1996, de 20 de agosto de 2007, do Ministério da Saúde. As CIES são instâncias intersetoriais e interinstitucionais permanentes que participam da formulação e também da condução da política de educação permanente (BRASIL, 2006).

O Estado do Rio de Janeiro é composto por 09 (nove) Regiões de Saúde: Baía de Ilha Grande, Baixada Litorânea, Centro Sul, Norte, Noroeste, Metropolitana I, Metropolitana II, Médio Paraíba e Serrana, assim as ações e serviços de saúde são organizados de forma hierarquizada e descentralizada, em relação às ações de Educação em Saúde (BRASIL, 2005).

Os Polos funcionavam como dispositivos do Sistema Único de Saúde na promoção de mudanças nas práticas de saúde e de educação em saúde. Trazendo como atores fundamentais para articulação de EPS: gestores estaduais e municipais; universidades e instituições que tenham cursos na área de saúde, Escolas de Saúde Pública, Centros Formadores (CEFOP); Núcleos de Estudo em Saúde Coletiva (NESC); Escolas Técnicas de Saúde do SUS (ETS-SUS); hospitais de ensino; estudantes da área de saúde; trabalhadores de saúde; Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde; movimentos ligados à gestão social das políticas públicas de saúde (BRASIL, 2005).

Diante deste cenário a EPS teria o papel de realizar uma análise crítica e de estabelecer conhecimentos a partir da realidade local, sendo necessária a reflexão, adaptação para cada local que o processo de saúde fosse acontecer (BRASIL, 2018).

A Educação Permanente deve ser baseada na Pedagogia da Problematização, no trabalho realizado através da reflexão em grupo e na transformação das práticas dos serviços. Tem como base aprender para transformar através de uma reflexão crítica a respeito das práticas reais realizadas em serviço (BRASIL, 2018).

A EPS é uma estratégia político-pedagógica, onde o foco são os problemas e as necessidades do processo de trabalho em saúde incluindo o ensino, tendo como proposta as mudanças no cenário. Tem como finalidade a qualificação e aprimoramento do processo de trabalho para o desenvolvimento do acesso, qualidade e humanização na prestação de serviços e para o fortalecimento do SUS, em todas as esferas do governo (BRASIL, 2017).

Assim, a qualificação de profissionais na saúde deveria estar baseada na problematização do processo de trabalho que está sendo desenvolvido, para que exista a possibilidade de transformação da prática, tendo como mola propulsora dessa transformação as necessidades reais da população que está sendo assistida por aquele serviço de saúde (CECCIM, 2004).

A saúde parece estar realizando um trabalho fragmentado no que tange a política de Educação Permanente. Essa fragmentação pode ter relação com a formação cada vez maior de especialistas com saberes e práticas centradas no indivíduo e poucas vezes no coletivo (BRASIL, 2017).

Essa prática vem desencadeando concentração de um saber e sobrepondo os demais saberes e as realidades locais. De uma forma geral esses especialistas trabalham identificando problemas e sugerindo as orientações acerca do problema de acordo com seu conhecimento anulando a necessidade de refletir a respeito do problema no local onde o trabalho está sendo executado. Com isso, cada ação é proposta de forma a determinar o trabalho a ser realizado pelos profissionais através de capacitações por linhas de ações (CECCIM, 2004).

A Educação Permanente pode ser uma orientadora para transformação dessas práticas em saúde. Porém, para efetivar mudanças nas práticas sejam elas na gestão ou na assistência à saúde é importante conversar a respeito do que vem sendo realizado com os sujeitos envolvidos, e problematizar com objetivo de desenvolver práticas que estabeleçam relação dos serviços de saúde com a atenção integral, humanizada e de qualidade. Ampliar as práticas educativas para reflexão de problemas locais, organização de ações em rede, integração entre formação, docência, transformar a gestão e prática de atenção à saúde, consolidar a participação popular e considerar os saberes em cada local (CECCIM, 2004).

Segundo (CECCIM, 2004) a Educação Permanente em saúde tem integração com quatro segmentos: formação, atenção, gestão e controle social.

- a) Análise da educação dos profissionais de saúde: mudar a concepção centrada na transmissão de conhecimento (hegemônica tradicional) para uma concepção construtivista (problematização das práticas e saberes), mudar a lógica concentradora da produção de conhecimento para estimular a produção do conhecimento dos serviços;
- b) Análise das práticas de atenção em saúde: desenvolver novas práticas de saúde baseadas na integralidade e na humanização e a participação dos usuários no planejamento terapêutico;
- c) Análise da Gestão Setorial: garantir a rede de atenção à saúde e considerar a satisfação do usuário;
- d) Análise da Organização Social: priorizar a participação popular e os movimentos da sociedade pela saúde reorganizar atendimentos as necessidades sociais por saúde.

A lógica da Educação Permanente é descentralizadora, ascendente transdisciplinar. Essa abordagem pode propiciar: 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).

Assim, entendemos a necessidade da Educação Permanente para elaboração de ambientes onde seja possível analisar, refletir e discutir as práticas existentes no dia a dia do processo de trabalho para possibilitar mudanças institucionais, qualificação e apoio aos profissionais envolvidos no processo.

O Departamento de Gestão da Educação na Saúde no período de 2013 a 2015 realizou estudos que indicam os avanços e as dificuldades na implantação da EPS nos Estado e Municípios. Como dificuldade foi apontada a articulação entre gestores, trabalhadores, controle social e ensino; a reduzida implantação das CIES regionais; a participação incipiente dos gestores municipais; a precariedade de critérios para organização dos projetos; falta de monitoramento e análise dos projetos realizados no que refere-se a esperada mudança na prática de formação, gestão e atenção na saúde; e as dificuldade da aplicação os recursos financeiros (BRASIL, 2018).

Diante do diagnóstico realizado o Conselho Nacional de Saúde, Escolas Técnicas, Escolas de Saúde Pública, Organização Pan – Americana da Saúde e demais secretarias do Ministério da Saúde, foi realizada em 18 de maio de 2017 em Brasília uma reunião técnica inicial indicando o desenvolvimento de oficinas regionais envolvendo Estados e Municípios para debater a PNEPS. Foram realizadas seis oficinas regionais no período de 5 de outubro e 5 de dezembro de 2017 foram que reuniram cerca de 380 participantes (BRASIL, 2018).

O produto dessas oficinas indicaram uma sucessão de dificuldades para a implementação da PNEPS, ressaltando a falta do entendimento dos gestores quanto a importância da EPS para qualificação da gestão e do SUS. Em alguns Estados parece evidente a falta de prioridade das ações e do planejamento da EPS, ocasionando precariedade nas ações regionais comprometendo a articulação do quadrilátero da EPS (ensino, gestão, atenção e controle social). No que diz respeito ao financiamento todos os Estados sinalizaram a interrupção dos repasses financeiros do MS (desde 2011), ocasionando problemas na execução dos recursos (BRASIL, 2017).

Vários estados apontaram a necessidade de se retomar a reflexão e o debate sobre a implementação da PNEPS e sobre as diretrizes da EPS, pois não ocorreu um entendimento efetivo da política. Todos os Estados também indicaram como fragilidade o monitoramento e avaliação das ações de EPS, sendo acompanhadas as ações pela quantidade de cursos realizados sem ter um indicador que avalie a EPS de acordo com as diretrizes da política. As oficinas apontaram há não necessidade de modificar o conteúdo da PNEPS entendendo que a maior relevância é progredir com a implantação da política nos Estados (BRASIL, 2017).

Diante da prioridade de recuperar o financiamento e planejamento das ações de EPS no nível estadual e local, a Gestão Federal, lançou o PRO EPS-SUS (Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no SUS), via Portaria GM/MS nº 3.194, de 28 de novembro de 2017, como proposta de encorajar e monitorar a qualificação da força de trabalho na área da saúde e também para estimular a mudanças das práticas de saúde, de acordo com as diretrizes do SUS, levando em consideração a realidade local e a análise dos processos de trabalho. O PRO EPS-SUS é um repasse financeiro realizado pelo

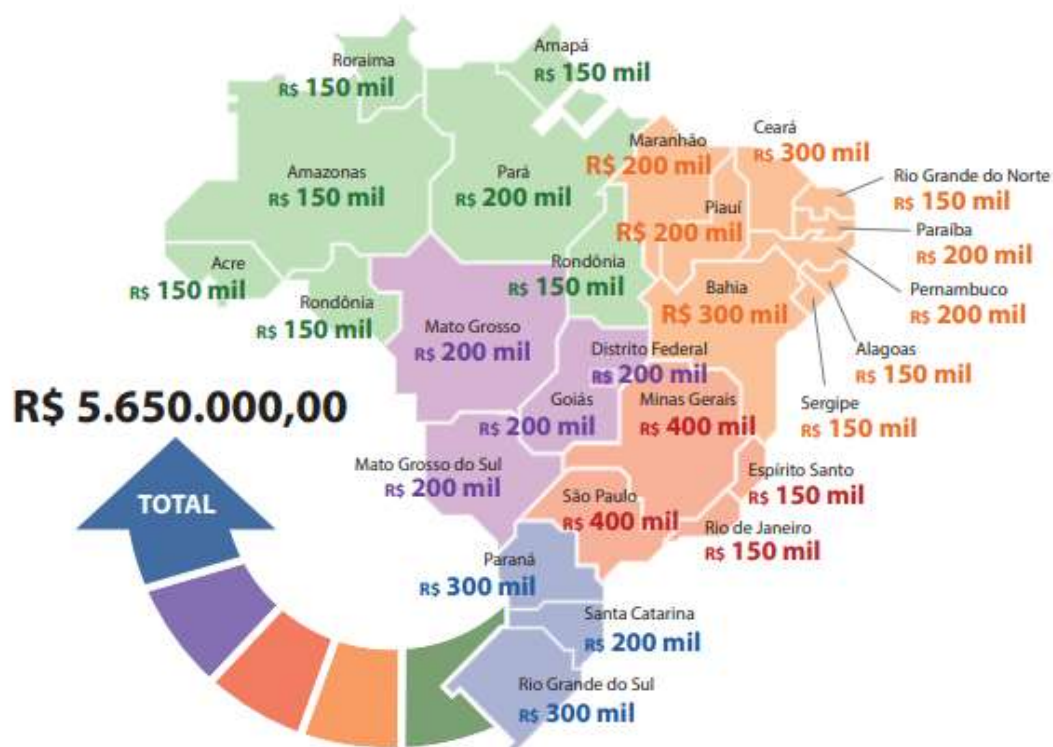
Ministério da Saúde diretamente aos municípios para que executar ações de EPS nos territórios (BRASIL, 2018).

O PRO EPS-SUS repassaria verbas diretamente aos municípios e DF, os municípios com até 3 (três) Equipes de Atenção Básica receberia o valor de R\$ 11.000,00 (onze mil) reais. No caso de unidades federativas com número de Equipes de Atenção Básica superior a 3 (três), seriam acrescidos na ordem de R\$ 1.000,00 (mil) reais para cada intervalo de 1 (uma) a 5 (cinco) equipes. Para os estados e DF, o repasse do incentivo seria de acordo com o número de regiões de saúde: De 1 (uma) a 10 (dez) regiões de saúde: R\$ 150.000,000; De 11 (onze) a 20 (vinte) regiões de saúde: R\$ 200.000,000; de 21 (vinte e um) a 30 (trinta) regiões de saúde: R\$ 300.000,000; acima de 31 (trinta e uma) regiões de saúde: R\$ 400.000,00 (BRASIL, 2018 p.22.).

Os objetivos do PRO EPS-SUS foram direcionados a formação e qualificação dos profissionais no SUS, a partir das situações habituais, referentes à atenção à saúde e à organização do trabalho em saúde. São objetivos apoiar no reconhecimento das necessidades de EPS, estruturar, executar e avaliar estratégias que visam qualificar a atenção e a gestão em saúde; consolidar as práticas de EPS nos territórios e incentivar o planejamento, realização e avaliação dos processos formativos (BRASIL, 2018).

Para adesão dos municípios e Distrito Federal ao PRO EPS-SUS alguns critérios foram descritos: efetivar no mínimo em um ano ações educativas de EPS, com atuação das CIES (Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço) para planejar e acompanhar as ações, ter no município no mínimo 01 equipe de Atenção Básica; oficializar o Termo de Compromisso; criar o plano de ação considerando as atividades o conjunto de atividades esperada; apresentar na Comissão Intergestores Bipartite (CIB). As ações do PRO EPS-SUS, seriam monitoradas por meio do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB). Os Estados da federação e o Distrito Federal aderiram ao programa integralmente. Conforme indicado na figura abaixo (BRASIL, 2018).

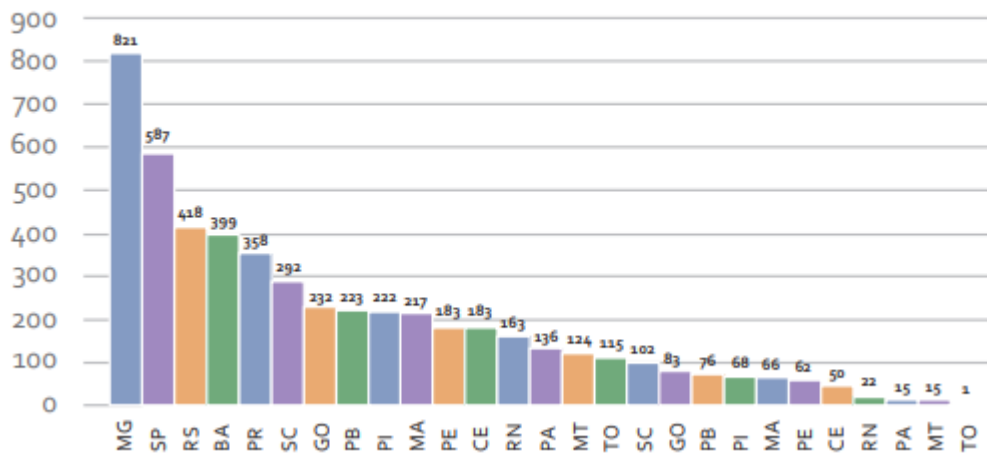
Figura 1 – Valores Repassados Via PRO EPS-SUS aos Estados Brasileiros



Fonte: BRASIL, 2018.

Em relação aos municípios brasileiros dos 5.570 municípios, 94% aderiram ao PRO EPS-SUS, onde os valores a serem repassados, em parcela única, foram baseados no número de equipes de Atenção Básica registrados no (SCNES). Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (BRASIL, 2018).

Figura 2 – Adesão de Municípios ao PRO EPS-SUS



Fonte: BRASIL, 2018.

Diante do gráfico acima é possível verificar que entre os Municípios que não aderiram ao PRO EPS-SUS está o Rio de Janeiro. Considerando que o objetivo geral do PRO EPS-SUS era o de fortalecer a qualificação profissional dos trabalhadores da área da saúde, e também proporcionar o financiamento fundo a fundo para os municípios que aderirem ao programa. Portanto o Município do Rio de Janeiro não vem obtendo esse apoio para qualificação dos profissionais e consolidação do SUS, o que seria de suma importância para a saúde da população em geral.

2 METODOLOGIA

2.1 Tipo de estudo

Optou-se neste projeto pela pesquisa qualitativa com abordagem participativa baseando-se na Pesquisa-Ação Participativa em Saúde (PAPS) a qual apropria-se dos fundamentos da pesquisa-ação, enfatizando os princípios de uma abordagem que busca a interação entre pesquisadores e sujeitos envolvidos em todo o processo aprimorando a prática através da sistematização entre a prática no campo e pesquisa possibilitando mudanças no fazer através da investigação (TRIPP, 2005).

Os estudos qualitativos possuem uma gama de caminhos cujos sentidos se complementam: experiência, vivência, senso comum e ação (MINAYO, 2014).

Os estudos qualitativos estão baseados no senso comum, uma vez que a manifestação é realizada através da linguagem, das atitudes e nas condutas – ou seja, expressões do entendimento humano. O senso comum é oriundo das experiências e da prática dos seres humanos nos acontecimentos da vida (MINAYO, 2014)

A pesquisa fez parte de uma etapa do projeto: “Saberes e Práticas na Atenção Primária à Saúde: Diálogos entre usuários e profissionais de saúde no Estado do Rio de Janeiro”, (Prociência), que analisa saberes e práticas, de caráter científico e popular, de profissionais de saúde e usuários dos serviços de saúde vinculados à atenção primária à saúde (APS) no Estado do Rio de Janeiro.

O tema deste estudo Educação Permanente na ESF e o papel do enfermeiro foi identificado a partir das oficinas realizadas no projeto (Prociência). As oficinas tiveram como proposta identificar coletivamente as necessidades dos enfermeiros no que tange a prática na ESF dentre os eixos relacionados pelos profissionais a EPS foi identificada como uma proposta de pesquisa. Desse modo, buscou-se aprofundar uma das questões identificadas como necessidade dos enfermeiros em sua prática na ESF.

A pesquisa-ação é um tipo de pesquisa social com base empírica que é concebida e realizada em associação com a ação ou com a solução de um problema coletivo e que pesquisadores e participantes estão envolvidos de forma cooperativa ou participativa (BALDISSERA, 2001).

A pesquisa-ação pode ser utilizada na área de saúde para impulsionar profissionais a realizar uma prática reflexiva e crítica, destaque para realização da pesquisa-ação pela enfermagem, em temas de interesse de resolução de impasses realizados pelo coletivo (GRITTEM; MEIER; ZAGONEL, 2008).

Tripp (2005) destaca que a pesquisa-ação manifesta-se pela necessidade de vencer o espaço existente entre teoria e prática na produção de conhecimento de forma a inovar, e não somente como consequência de uma etapa final de um estudo científico.

Assim, pesquisa-ação possui caráter coletivo, participativo e ativo na obtenção de informações e na tomada de decisões para a transformação da realidade. Este processo possibilita trazer para a pesquisa o conhecimento do sujeito, sendo este o ponto de partida para a reflexão e reconstrução da realidade. (MONTEIRO et al., 2010).

Este estudo inseriu-se na pesquisa-ação participativa citada anteriormente, mantendo o caráter participativo da pesquisa do prociencia, e utilizando formas tradicionais de coleta de dados como modo de ampliar a compreensão do tema – Educação Permanente – já identificado no âmbito da pesquisa-ação em andamento.

A técnica de coleta de dados escolhida foi a entrevista semiestruturada. Gil (2002) pontua alguns benefícios da técnica como: “ser aplicável a um número maior de pessoas, inclusive às que não sabem ler ou escrever. [...] possibilitar ao entrevistado com dificuldade para responder o auxílio do pesquisador, bem como a análise do comportamento não verbal”.

A partir dos dados gerados nas entrevistas iniciaremos a Análise de Conteúdo de Bardin. Gil (2008) explicita os passos para utilização da técnica e entre eles ressalta-se a possibilidade de exploração do material, que envolve a enumeração, a classificação, inferência e interpretação dos dados.

As entrevistas foram gravadas, transcritas e analisadas. A pré-análise é a primeira fase do contato com o material coletado, por meio da leitura flutuante onde requer um contato direto e intenso com o material (MINAYO, 2014, pag. 316).

2.2 Local do estudo

A pesquisa foi desenvolvida na cidade do Rio de Janeiro, capital localizada na região sudeste do Brasil, sendo a segunda maior metrópole do País, possuindo um território de 1.200 Km² e uma população estimada em 6.323.037 milhões de habitantes, que estão distribuídas em cento e sessenta bairros. (IBGE, 2010). A cidade do Rio de Janeiro está localizada entre a Baía de Sepetiba e a Baía de Guanabara e tem como limite os municípios de Itaguaí, Seropédica, Nova Iguaçu, Mesquita, Nilópolis, São João de Meriti e Duque de Caxias.

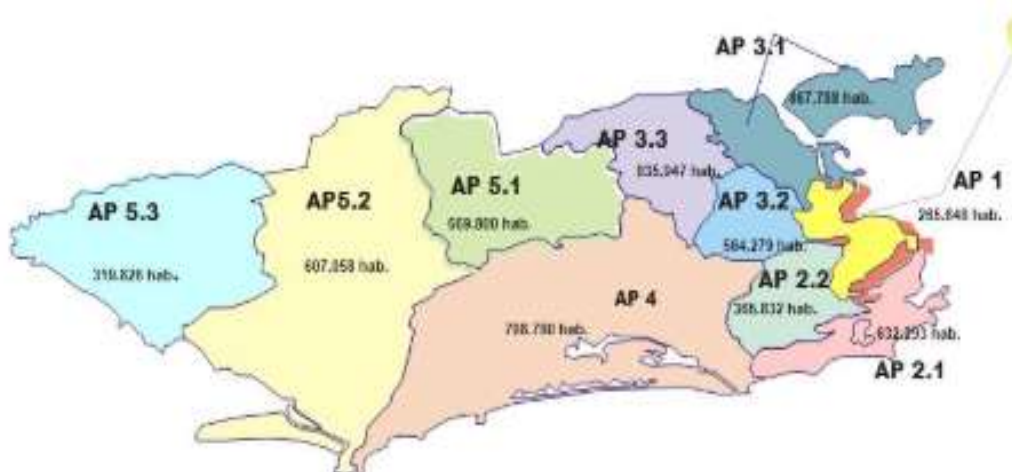
O município é organizado em trinta e três Regiões Administrativas (RA) e a Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil (SMSDC), desde 1993 usa como metodologia a divisão por Área de Planejamento (AP). A cidade então ficou dividida em Áreas de Planejamento (APs) formadas por Regiões Administrativas, que por sua vez agrupam os bairros do município em 33 regiões. As Regiões Administrativas agrupam 10 APs: AP 1 (1.0 Centro), AP 2 (2.1 Zona Sul e 2.2 Zona Norte), AP 3 (3.1, 3.2 e 3.3 Zona Norte), AP 4 (4.0 Zona Oeste) e AP 5 (5.1, 5.2 e 5.3 Zona Oeste). A Atenção Básica na cidade do Rio de Janeiro está organizada em 117 Clínicas da Família (com ESF) e 111 Centros Municipais de Saúde (com ou sem ESF), com um total de 1294 equipes de saúde da família. (RIO DE JANEIRO, 2018). O cenário de estudo foram as Unidades de Atenção Primária com ESF, localizadas na Zona Oeste do município do Rio de Janeiro/RJ, inseridas na Área Programática 5.3. A escolha do local do estudo justificou-se devido à inserção e à articulação deste estudo com o projeto de pesquisa-base, intitulado Práticas e Saberes dos Enfermeiros na APS: diálogos com a Educação Popular em Saúde e suas perspectivas teórico-metodológicas, o qual ocorre no mesmo local.

2.3 Descrição do contexto externo da AP 5.3, no município do Rio de Janeiro

A cidade do Rio de Janeiro situa-se entre a Baía de Sepetiba e a Baía de Guanabara. Segundo Instituto Pereira Passos, a população do Município

registrada pelo censo de 2008 foi de 6,32 milhões de habitantes, que estão divididos em 160 bairros, com densidade demográfica de 4.9 habitantes/km² (CAVALLIERI; VIAL, 2012). O município está organizado em 33 RAs e a Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil (SMSDC) trabalha, desde 1993, com a divisão da cidade em dez Áreas de Planejamento (AP) constituídas por RA/Bairro, conforme mostrado na Figura 1, Mapa das Áreas de Planejamento do Município do Rio de Janeiro (RIO DE JANEIRO, 2009).

Figura 3 - Mapa das Áreas de Planejamento do Município do Rio de Janeiro



Fonte: RIO DE JANEIRO, 2017.

A AP 5.3 é constituída pelos bairros de Santa Cruz, Paciência e Sepetiba. A área possui uma das regiões mais populosa do município e também possui uma das maiores áreas geográficas. O bairro de Santa Cruz é o segundo maior bairro do Rio de Janeiro (IPP, 2010). O somatório da extensão dos bairros em quilômetros quadrados corresponde a 168 km², sendo distribuídos por Paciência com 27, 41 km², Santa Cruz com 125,04 km² e Sepetiba com 11,62 km² (IBGE, 2010).

Alguns contrastes sociodemográficos da cidade do Rio de Janeiro são resultados do processo de desenvolvimento urbano da cidade, como Santa Cruz, Paciência e Sepetiba. Os bairros tomam proporção no século XVI através de doação de terras da sesmaria Guaratiba e parte da Capitania de São Vicente, por

Cristóvão Monteiro, como pagamento por serviços prestados na expulsão dos franceses e índios do Rio de Janeiro.

A presença da Família Real e depois do Imperador Pedro I trouxe várias melhorias para a localidade, entre elas: o Matadouro (importante indutor do crescimento urbano da localidade), Colégio Imperial (mais tarde Hospital D. Pedro II), Estrada de Ferro, o primeiro telefone no Palácio Imperial e a primeira agência fixa dos correios no Brasil.

A família real realizou mudança de residência, tendo ido para Petrópolis, ocorrendo assim, uma dificuldade no crescimento local, que foi retomado a partir da construção da Base Aérea de Santa Cruz e da Zona Industrial (RIO DE JANEIRO, 2015).

A estação ferroviária do Matadouro, localizada em Santa Cruz, foi criada para agilizar o transporte da carne de animais recém-abatidos até o centro do Rio de Janeiro, a fim de que o produto chegasse com boas condições para o consumo da população. Tal situação ajudou o desenvolvimento econômico de Santa Cruz.

Em 1884, é inaugurado o ramal Matadouro e, junto a ele, iniciam-se as migrações para esta área. Vale destacar que Santa Cruz era um importante centro de desenvolvimento socioeconômico, político e cultural daquela época (RIO DE JANEIRO, 2015).

Em 1930 no governo Getúlio Vargas, a região de Santa Cruz passou por profundas transformações, com obras de saneamento ocasionando valorização das terras e a recuperação da salubridade e do dinamismo econômico a partir da criação das Colônias Agrícolas. Na década de 1970, com o intenso desenvolvimento da cidade do Rio de Janeiro em todas as direções, foi criada, em Santa Cruz, a Zona Industrial, provocando, igualmente, a sua urbanização, a exemplo da construção dos conjuntos habitacionais populares. Esta expansão configurou o aumento da população local e também a característica de bairro dormitório (RIO DE JANEIRO, 2015).

Atualmente, Santa Cruz, Paciência e Sepetiba fazem parte da 19ª Região Administrativa. Santa Cruz é considerado um bairro em franco crescimento, onde estão presentes: o Batalhão de Engenharia do Exército Brasileiro Villagran Cabrita; o maior complexo da Aeronáutica no país - a Base Aérea Santa Cruz -; o 27º Batalhão da Polícia Militar do Rio de Janeiro e a Companhia Siderúrgica do Atlântico

(CSA). Em contrapartida, estes bairros caracterizam-se como espaços do proletariado, em que coexistem diversos problemas, como dificuldades de transporte, faltam de saneamento adequado em certos pontos, aumento da violência e ações do tráfico de entorpecentes, problemas ambientais sérios, desemprego, analfabetismo e moradias insalubres.

O Rio de Janeiro é uma cidade de fortes contrastes econômicos e sociais, apresentando grandes disparidades entre ricos e pobres. Enquanto alguns bairros ostentam Índices de Desenvolvimento Humano (IDH) correspondentes a países 30 nórdicos – a exemplo da Gávea (0.970) ou Leblon (0.967) –, outros como Sepetiba (0.761), Paciência (0.751) e Santa Cruz (0.742) estão entre os piores IDHs do município, sendo que o último ocupa a oitava posição entre os dez mais baixos (RIO DE JANEIRO, 2009).

O IDH inclui como dimensões para o seu cálculo a renda, a educação e a saúde. As duas primeiras são consideradas instrumentos, enquanto a última é tratada como o fim. O IDH foi concebido de modo a possibilitar a comparação entre O Índice de Desenvolvimento Social (IDS) retrata tanto situações socioeconômicas quanto urbanísticas. Os indicadores que compõem este índice cobrem quatro grandes dimensões de análise. São elas: acesso a saneamento básico, qualidade habitacional, grau de escolaridade e disponibilidade de renda. A AP 5.3 ocupava, em 2008, a vigésima nona posição (0,478), sendo o quarto pior IDS do município. O acesso a serviços básicos relacionados à habitação foi declarado por quase cem por cento das famílias. Ou seja, 96.53% dos domicílios possuem água encanada; em 95.43% tem banheiro e água encanada; 96.90% são urbanos e com coleta de lixo e 99,96% são abastecidos por energia elétrica (RIO DE JANEIRO, 2008).

2.4 Processo de trabalho nas unidades de Atenção Primária do Município do Rio de Janeiro

No Rio de Janeiro as unidades de Atenção Primária no município do Rio de Janeiro estão organizadas em dois modelos de atenção: (CMS) Centro Municipal de Saúde e as (CF) Clínicas da Família (RIO DE JANEIRO, 2018).

As unidades são divididas em três tipos: Unidades do Tipo A: são as Unidades onde todo o território é coberto por equipes de Saúde da Família. Unidades do Tipo B: são as Unidades Mistas onde somente parte do território é coberto pela saúde da família. Unidades do Tipo C: são as Unidades onde ainda não há equipe de saúde da família (RIO DE JANEIRO, 2019).

O processo de trabalho nas Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) tipo A e B nas áreas as quais possuem território coberto com ESF é caracterizado pela presença de equipe multidisciplinar composta por: 1 médico, 1 enfermeiro, 1 técnico de enfermagem, agentes comunitários de saúde e equipe de saúde bucal e algumas unidades também possuem Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). O acesso para atendimentos nas UAPS ocorre por meio da primeira escuta pelo agente comunitário de saúde (ACS) da equipe. Após detectarem o motivo de procura do atendimento, direcionam os usuários para os setores (vacina, curativo, eletrocardiograma, radiografia, ultrassonografia, odontologia, farmácia) ou inserem o usuário no prontuário eletrônico para consulta. Se a consulta for agendada o ACS informa através do prontuário eletrônico a chegada do usuário (RIO DE JANEIRO, 2017).

2.5 Participantes do estudo

Para o estudo, foram convidados 13 enfermeiros que já participavam da pesquisa projeto: “Saberes e Práticas na Atenção Primária à Saúde: Diálogos entre usuários e profissionais de saúde no Estado do Rio de Janeiro” que tem como objetivo analisar saberes e práticas, de caráter científico e popular, de profissionais de saúde e usuários dos serviços de saúde vinculados à atenção primária à saúde (APS) no Estado do Rio de Janeiro na AP 5.3 (ACIOLI, 2008).

Dos 13 enfermeiros convidados, 9 participaram dessa etapa da pesquisa, pois 3 profissionais informaram dificuldade de tempo para participação e 1 não respondeu o contato realizado.

Na APS, a relevância de estudos sobre as práticas de cuidado realizadas por enfermeiros evidencia-se ao identificar que esta é considerada, pelo Ministério da

Saúde, a instância prioritária e a porta de entrada para o acesso dos usuários do (SUS) Sistema Único de Saúde (ACIOLI, 2008).

Por meio da pesquisa referida anteriormente identificou-se que neste campo de atenção à saúde, o enfermeiro possui dificuldades em definir a presença do cuidado nas práticas que realiza o que demonstra a necessidade de ampliar as pesquisas sobre tais práticas, bem como sobre os saberes científicos e populares que orientam as mesmas (GOULART; CHIARI, 2016)

A Área Programática (AP) 5.3 possui 25 UAPS, das quais 15 é Tipo A, ou seja, possuem todo o território de atuação coberto por Equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), e 10 UAPS Tipo B (Centro Municipal de Saúde) têm parte do território coberto por equipes da ESF. A escolha dos enfermeiros como categoria profissional para a pesquisa justifica-se pelo objeto de estudo (RIO DE JANEIRO, 2019).

Os critérios de inclusão dos enfermeiros no estudo foram aceitarem participar de todas as etapas da pesquisa, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A); enfermeiros com no mínimo 6 meses de atuação. Foram excluídos os profissionais temporários, ou que estivessem em licença-saúde, de férias, afastamento do trabalho no período da coleta dos dados ou que não responderam o convite para participação da pesquisa.

2.6 Técnicas de produção de dados

Para a produção de dados, optou-se pela realização de entrevista semi-estruturada. Para a técnica de entrevista foi usado o roteiro semiestruturado (APÊNDICE A) como instrumento de coleta de dados.

Foi realizado contato telefônico prévio com os enfermeiros para marcação de melhor data e horário para eles, foram entrevistados nove enfermeiros, as entrevistas foram realizadas na primeira semana do mês de setembro de 2019, diante do cenário atual da AP 5.3 exposto pelos profissionais no momento do contato telefônico prévio em relação à falta de salários e início de greve das categorias, o pesquisador optou por ir a cada unidade para realizar as entrevistas.

As entrevistas levaram em média 20 minutos, no contato telefônico realizado todos os enfermeiros demonstraram preocupação com o tempo de entrevista, pois relatam que estão realizando na unidade uma reestruturação do modelo de acolhimento, onde o enfermeiro realiza classificação de risco na recepção da unidade e devido ser uma atividade recente as agendas de atendimento estão sendo readequadas.

Os dados das entrevistas foram gravados e após, transcritos para realização da análise.

2.7 Análise dos dados

Para a realização da análise de dados, foi utilizado o método de análise baseado no referencial de Bardin.

A Análise de Conteúdo é um instrumento de pesquisa científica que pode ter várias aplicações. A análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência tenham algum significado com o objetivo analítico. A análise temática será realizada pela contagem de frequência das unidades de significação como definidoras no discurso (OLIVEIRA, 2008).

O processo de análise temática está dividida em três etapas:

1ª) Pré-análise- Fase de organização e sistematização dos dados coletados, e de escolha da unidade de registro, de categorização, da modalidade de codificação e dos conceitos teóricos mais gerais que orientaram o processo de análise até o final. Elaboração de indicadores para fundamentação final.

2ª) Exploração do material- Fase de codificar o material da análise a partir do material já analisado na primeira etapa, os dados são sistematizados e colocados em unidades para alcançar a compreensão do texto.

3ª) Tratamento dos resultados - Esta etapa foi realizada mediante a análise dos dados coletados a partir da sua frequência, concomitante com a interpretação e a inferência, ou seja, a "operação lógica, pela qual se admite uma proposição em virtude da sua ligação com outras proposições já aceitas como verdadeiras"

(BARDIN, 2010, p. 41) demonstrando, assim, o resultado obtido com a análise e interpretação.

2.8 Aspectos éticos

Este projeto foi apreciado pela banca examinadora do Comitê de Ética da Universidade do Estado do Rio de Janeiro e pela Banca Examinadora do Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. A coleta dos dados iniciou apenas após a aprovação em ambos os Comitês de Ética. Os participantes receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) antes das entrevistas, garantindo confidencialidade das informações, a privacidade dos participantes e a proteção da identidade, inclusive do uso de sua imagem e voz (depoimento). Os entrevistados foram identificados por números arábicos sequenciais, conforme a ordem das entrevistas e com a letra C. A pesquisadora esteve atenta para os riscos de modo a evitar e/ou atenuar seus efeitos e possíveis danos aos participantes. Os riscos deste estudo foram classificados como mínimos, pois não apresentam riscos biológicos e físicos para os participantes e possui características de coleta de dados por meio de entrevistas no local de trabalho dos participantes. Para minimizar eventuais desconfortos e constrangimentos durante e antes de iniciar a entrevista, a pesquisadora esclareceu as possíveis dúvidas existentes. Os participantes foram informados que poderiam sair do estudo a qualquer momento, não afetando sua relação com a instituição. Caso o participante sentisse desconforto em compartilhar alguma informação pessoal ou confidencial durante o momento de coleta de dados, não precisaria fazê-lo. As datas das entrevistas foram agendadas antecipadamente com os enfermeiros, com a ciência e a autorização do coordenador do serviço através de contato formal prévio. No dia da entrevista, foi fornecido o TCLE em duas vias assinadas para os sujeitos da pesquisa, sendo uma delas entregue para o enfermeiro e a outra via ficou com a pesquisadora. O estudo possui compromisso ético com o retorno a todos os participantes da análise integral dos dados. Os depoimentos foram analisados de maneira agregada, preservando a identidade dos participantes do estudo. Conforme

as Resoluções 466/2012 e 510/2016, que determinam as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, os documentos relacionados a esta pesquisa ficarão armazenados em segurança pela pesquisadora por, no mínimo, cinco anos e após o término serão descartados, sendo preservada a identidade dos participantes.

A aprovação do presente estudo apoia-se no parecer do Comitê de Ética em Pesquisa do Projeto integrado, sob o número do protocolo do CAAE 52512015.3.0000.5282 e parecer número 1.607.786 (anexo A).

3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

3.1 Caracterização dos participantes

Nesta seção serão apresentadas as tabelas com as variáveis sócio-demográficas e perfil profissional a fim de traçar um panorama do grupo entrevistado.

Foram entrevistados 9 enfermeiros que atuam nas unidades de Atenção Primária de Saúde do Estado do Rio de Janeiro na AP5. 3. Os enfermeiros entrevistados são na sua totalidade de unidades tipo A, ou seja, unidade com cobertura de 100% pelas ESF.

Em relação ao tempo de permanência na equipe foi analisado que 11% dos enfermeiros entrevistados tiveram mudanças de equipe, enquanto 88% permanecem na mesma desde que iniciou na unidade de saúde da família.

Segundo Medeiros (2010) a rotatividade de enfermeiros fragiliza o vínculo com a comunidade e a qualidade da assistência. Diante do resultado foi possível verificar que a maioria dos enfermeiros estão vinculados a mesma equipe desde que iniciaram na ESF, o que traz um maior vínculo e consequente a isso a possibilidade de um cuidado de saúde com maior adesão.

O vínculo é uma conexão entre profissional e usuário, assegurando o atendimento as necessidades evidenciadas; essa conexão está relacionada ao atendimento humanizado, a responsabilização do que precisará ser enfrentado, a forma de acolher esse usuário e a integralidade da assistência (SCHIMITH; BRÊTAS; BUDÓ, 2011).

A primeira tabela apresentada, Tabela 1, é de distribuição dos participantes por sexo. Segundo a pesquisa do COFEN/FIOCRUZ-2013 no Estado do Rio de Janeiro o maior número de enfermeiros escritos no Conselho da categoria é do sexo feminino.

Tabela 1- Distribuição dos participantes por sexo. Rio de Janeiro - RJ-2019.

SEXO	F	%
Feminino	8	89
Masculino	1	11
Total	9	100

Fonte: A autora, 2019.

A segunda tabela apresentada, Tabela 2 é a de distribuição de participantes por idade.

Segundo pesquisa do COFEN/ FIOCRUZ 2013 no estado do Rio de Janeiro o maior número de enfermeiros está entre a faixa de 26 a 34 anos de idade, o que demonstra semelhança com os dados da pesquisa. Nessa pesquisa verificou-se que a grande maioria dos enfermeiros da saúde da família era constituída por profissionais com menos de 40 anos de idade (MACHADO et.al, 2000).

Tabela 2 – Distribuição dos participantes por idade. Rio de Janeiro – RJ -2019

IDADE	F	%
>30-34 anos	4	44
35-39 anos	2	23
40-44 anos	1	11
45- 50 anos	1	11
50 anos ou mais	1	11
Total	9	100

Fonte: A autora, 2019.

A terceira tabela apresentada, Tabela 3 é de tempo de formação dos participantes Segundo pesquisa do COFEN/ FIOCRUZ 2013 no estado do Rio de Janeiro o maior tempo de formação dos enfermeiros está entre os 2 a 10 anos o que está sendo demonstrado também nos dados da pesquisa.

Tabela 3- Distribuição dos participantes por tempo de formação profissional

TEMPO DE FORMAÇÃO	F	%
>5 a 9 anos	2	22
10 a 15 anos	7	78
Total	9	100

Fonte: A autora, 2019.

A quarta tabela apresentada, Tabela 4 identifica o tempo de atuação do enfermeiro na unidade de saúde da família. A análise demonstra que a maioria dos enfermeiros tem mais de 5 anos na unidade o que favorece o conhecimento da rede de saúde, os fluxos e protocolos e o vínculo com a população adscrita. Segundo Sousa (2008), o fortalecimento do vínculo entre a equipe de saúde da família, usuário e população é fundamental devido promover o cuidados através da confiança e também a divisão do cuidado entre os atores envolvidos, pois o vínculo tem uma relação próxima com a prática de cuidados, pois promove convivência e autonomia.

Tabela 4 - Tempo de atuação dos enfermeiros na unidade

TEMPO NA UNIDADE	F	%
1 ano a 4 anos	1	11
5 a 9 anos	7	78
>=10 anos	1	11
Total	9	100

Fonte: A autora, 2019.

A quinta tabela apresentada, Tabela 5 demonstra a qualificação dos enfermeiros em relação a cursos de extensão em saúde da família. Segundo pesquisa COFEN/FIOCRUZ 2013 no estado do Rio de Janeiro 53% dos profissionais realizam curso de extensão. Cabe ressaltar na análise que no ano de 2011, os profissionais que atuavam na Estratégia de Saúde da Família eram

liberados para realização de especialização em saúde da família, saúde coletiva ou saúde pública conforme ofício circular nº 27/2011, porém esse ofício foi revogado em 18 de janeiro de 2018 (RIO DE JANEIRO, 2019). Atualmente, a liberação somente será realizada por autorização da coordenação de área, cabe ressaltar que a PNAB 2017 traz a não liberação do profissional para realização de Educação Permanente o que corrobora com a decisão da SMS.

Tabela 5 – Curso de Extensão em Saúde da Família

CURSOS DE EXTENSÃO	F	%
SIM	9	100
NÃO	0	0
Total	9	100

Fonte: A autora, 2019.

A partir da transcrição das falas dos enfermeiros nas entrevistas, foi construído o Quadro1 (Apêndice C), sendo possível mapear e quantificar a frequência das unidades de registros (URs) verbalizadas, constituindo o total de 185 URs. Com isso, foram construídas três categorias, as quais serão apresentadas a seguir: Categoria 1: Sentidos da Educação Permanente em Saúde para os Enfermeiros; Categoria 2: Fatores Limitantes na Prática da Educação Permanente em Saúde; Categoria 3: Formas de realizar Educação Permanente em Saúde.

3.2 Categoria 1 – Sentidos da Educação Permanente em Saúde para os Enfermeiros

Esta categoria teve 71 URs, representando 38,4% do total de URs do estudo. Nesta, buscou-se apresentar as visões dos enfermeiros em relação á EPS, a importância da política para qualificação da assistência e a realização da EPS pelos enfermeiros. O conceito de Educação Permanente em Saúde foi utilizado de forma variada pelos entrevistados, sendo empregada como troca de conhecimento,

atualização dos profissionais, processo realizado constantemente dentro do serviço, novidades que são encaminhadas pelo Ministério da Saúde, diferente da educação continuada.

Para os enfermeiros participantes do estudo, a Educação Permanente em Saúde é caracterizada pela realização de atualização de conhecimento dos profissionais.

[...] A Educação Permanente para mim é atualizar todos os ACS, todos os profissionais que estão dentro da unidade [...]. [C1].

[...] Basicamente a atualização né, para gente estar melhorando as práticas baseado nas atualizações que são feitas [...]. [C3].

Segundo Ceccim (2005), para desenvolver atividades de Educação Permanente em saúde é de suma importância que o profissional tenha conhecimento do que é Educação Permanente em saúde. Os enfermeiros entrevistados entendem a Educação Permanente como uma forma de atualização profissional e relatam a capacitação como um modo de transmitir o conhecimento adquirido em capacitações externas.

A Educação Permanente em saúde constitui-se em estratégia fundamental e transformadora do trabalho e da prática no setor, com atuação dos sujeitos de forma crítica e reflexiva (CECCIM, 2005). Para os enfermeiros a Educação Permanente se desenvolve pelas capacitações técnicas que são repassadas aos profissionais da unidade para atualização de maneira a não refletir como adequar o que foi repassado na capacitação à realidade do território.

[...] A Gente esta sempre educando e reciclando as pessoas, a gente enfermeiro faz capacitação com os agentes nas reuniões de equipe e no caso a gente como profissional a própria prefeitura acaba fazendo essa Educação Permanente com a gente [...]. (C07).

[...] Todos os profissionais que estão na unidade, eles ficam se capacitando com as novidades que vem do Ministério da Saúde [...]. (C01).

Segundo Ministério da Saúde (2007), a Educação Permanente tem como proposta a mudança das estratégias de organização e de atenção à saúde, tendo como destaque a construção das atividades a partir da prática das equipes. As demandas para a capacitação não são definidas a partir de uma listagem de prioridades para atualização, nem das orientações provenientes dos níveis centrais, mas, prioritariamente, dos problemas do dia a dia do trabalho que estão ligados à

atenção em saúde e a organização do trabalho. É necessário considerar ações e serviços que possuam relevância para aprimoramento da qualidade do trabalho.

A atualização técnico-científica é um dos aspectos relacionados à qualificação das práticas juntamente com a atualização e a formação profissional, habilidades técnicas e de reflexão crítica a respeito da prática realizada. É de suma importância que a formação para a área da saúde tenha como foco a transformação das práticas profissionais e a estruturação do trabalho a partir da problematização do processo prático e das necessidades de saúde dos indivíduos e da população (BRASIL, 2005).

[...], por exemplo, na linha de atenção a saúde da criança quando eu estudei era uma coisa agora as coisas vão se modificando vão melhorando aí eu entendo que esse processo de melhorar nosso conhecimento de atualização continua [...]. (C4).

O enfermeiro compreende as mudanças no que tange as atualizações científicas, no entanto, essas atualizações são expostas através de repasse de conteúdo dos protocolos clínicos e notas técnicas, havendo a necessidade de orientação por parte dos responsáveis da importância de não apenas multiplicar a informação para os demais profissionais da unidade, mas buscar através de uma discussão e de uma análise formas de como adequar o que foi repassado à realidade vivenciada por eles nas unidades de saúde da família.

[...] A prefeitura coloca para gente, disponibiliza atualizações que eles colocam como prioridade através de protocolo e nota técnica para a gente ir se atualizando [...]. (C04).

[...] Na maioria das vezes são os enfermeiros que realizam a capacitação nas unidades, a gente vai se capacita fora e depois volta para unidade para repassar o que nos foi orientado. [...] (C05).

O enfermeiro é o profissional com maior capacidade para desenvolver educação sanitária, realizar ações para a promoção de saúde individual e coletiva para alcançar mudanças significativas na saúde. Sendo assim, vale ressaltar a importância da presença do enfermeiro nos espaços de Educação Permanente como facilitador do processo diante da perspectiva de ser uma categoria com maior alinhamento ações de saúde para além da doença e de atividades curativas (CECCIM, 2005).

[...] eu tenho estudado a questão da educação profissional é muito importante é o momento que ele tira dúvidas da prática deles [...]. (C06).

3.3 Categoria 2 - Fatores Limitantes na Prática da Educação Permanente em Saúde

Esta categoria teve 42 URs, representando 22,7% do total de URs do estudo. Nesta, buscou-se apresentar os fatores que inviabilizam o enfermeiro na realização da Educação permanente em Saúde. A entrevista ocorreu no momento em que algumas categorias profissionais das unidades de Saúde da Família do Município do Rio de Janeiro, estavam iniciando Assembleias com os Sindicatos para início de greve devido falta de pagamento de salários e benefícios.

É possível observar que o processo de trabalho do enfermeiro está dividido entre realizar o processo assistencial e gerenciar o funcionamento da equipe. Na assistência cabem a ele as intervenções do cuidado e a atenção integral, no que tange ao gerenciamento na ESF, o enfermeiro realiza a organização do trabalho e dos profissionais da equipe. Segundo Azollin (2007), o processo gerencial tem como foco a organização da assistência e realização da qualificação do pessoal da enfermagem por meio da educação, sendo necessária a apropriação dos enfermeiros dos modelos e métodos administrativos e das ferramentas de realização de educação dos profissionais.

[...] A gente tenta se organizar, mas o tempo para resolver tudo, planilhas, atendimentos de demanda espontânea, gestantes faltosas [...]. (C01).

[...] A demanda hoje a gente se perdeu do foco, do que é saúde da família né, a gente está enxugando gelo cada vez mais, a gente está atendendo o que deveria ser na UPA [...]. (C05).

[...] Demanda de trabalho, volume de trabalho, não só o trabalho burocrático que acaba sobrando muito para o enfermeiro, mas a demanda de paciente, o volume de cobranças no momento é planilha disso, ai acaba é planilha daquilo então o volume de serviço tem atrapalhado [...]. (C06).

[...] Na época do famoso vitacare por que o ESUS não da para gente fazer, extrair as mulheres que não fizeram preventivo para fazer busca ativa precisamos fazer a planilha manual isso diminui nosso tempo para fazer capacitação, a gente extraía a lista e fazia busca ativa agora não é assim [...]. (C03).

Em estudo, a respeito das competências requeridas para o trabalho de médicos e enfermeiros na Atenção Básica, no Brasil, o entendimento de a gerência é uma competência do enfermeiro foi unânime entre os enfermeiros entrevistados, porém entre a categoria medica não foi considerada pelos profissionais a necessidade de gerenciamento para atuar na medicina (SILVA; SENA 2008).

Os enfermeiros são atualmente a categoria destinada à realização das tarefas gerenciais das equipes, ocasionando dessa forma uma sobrecarga de trabalho, pois o contrato de trabalho em vigência gera para essa categoria, assim como para as demais um grande quantitativo de metas de atendimentos que atrelados ao papel gerencial que estão desenvolvendo traduz um volume de trabalho excessivo em relação aos demais profissionais (SILVA; SENA, 2008).

Cabe salientar que na PNAB 2017 é considerada atribuição comum a todos os membros da ESF o papel de gerenciamento, assim como alimentar e garantir a qualidade dos registros dos sistemas de informações da Atenção Básica. Sendo assim, na atual gestão devido à mudança do sistema de informações conforme relatado nas entrevistas, se faz necessário alimentar várias ferramentas de forma manual: planilhas para monitoramento, links e etc. Identificou-se na pesquisa que para os profissionais o sistema de informação anterior tinha mais operacionalidade em relação ao processo de trabalho desenvolvido pelas equipes, demandava relatórios que facilitavam a busca e monitoramento da população assistida e menor tempo para realizar a parte burocrática, ocasionando tempo para a realização da assistência.

[...] a situação política que está desmotivando bastante a gente, começamos a nos programar fazer coisas, mas aí vem às questões políticas [...]. (C04).

[...] fazer encontros dias de terça-feira nessa unidade é muito difícil enfermeiro sair, por que o fluxo da unidade no dia de terça-feira é muito grande, aqui na unidade somos 4 equipes já teve 6 equipes, agora 4 aumentou as demandas [...]. (C03).

[...] as gestantes elas teriam que ter consultas intercaladas com os médicos elas vão ter mais com quem? com enfermeiro não tem o profissional médico aí o enfermeiros para poupar o pouco medico que tem priorizar as gestantes com maior risco acaba assumindo as outras gestantes [...]. (C09).

Diante da reformulação da Política de Atenção Básica e da expansão da ESF algumas mudanças ocorreram, atualmente a reestruturação da Atenção Primária de Saúde, trouxe uma nova modalidade de equipe, tendo as unidades Equipes de Saúde da Família (ESF) e Equipes de Atenção Básica (eAB) equipe onde a jornada de trabalho pode ser composta entre os profissionais tendo como carga horária mínima 10h semanais e também pode ou não ser composta por ACS , a decisão fica a cargo do município (BRASIL,2017).

Durante a pesquisa foi verificado que existe a pró- atividade do enfermeiro em realizar EPS e também o reconhecimento da importância deste processo, porém atualmente diante das mudanças os enfermeiros precisam priorizar que atividades realizar.

No município do Rio de Janeiro, algumas unidades tiveram as equipes de Estratégia de Saúde da Família suprimidas e reestruturadas no modelo de Equipes de Atenção Básica, outras optaram por manter as ESF, porém com redução importante. É preciso salientar que nos dois arranjos a equipe passa a ter um número maior de cadastrados e como consequência um aumento no número de atendimento e demandas de saúde. Concomitante a reestruturação dos modelos de equipes, também ocorreu o redimensionado do número de ACS ficando a maioria das ESF com 4 ACS por equipe. Portanto, equipes que possuíam 6 ACS, por exemplo, tiveram uma redução de 2 ACS e as microáreas redivididas aumentando o número de cadastrados por ACS trazendo uma lacuna importante no acompanhamento dos agravos dessa população. Conforme observado na fala dos enfermeiros entrevistados, o aumento da demanda gerada por essa reestruturação tem dificultado a realização de outras atividades de saúde, entre elas a realização da EPS.

[...] a gente está sem médico então isso sobrecarrega muito, por exemplo, qual a função do médico na equipe inserir SISREG não é? se não tenho médico e o paciente vem com SISREG quem vai inserir o SISREG? Eu enfermeiro e aí mais uma atribuição para mim [.]. (C09).

No que tange a rotatividade de profissionais médicos, a falta de estabilidade, os atrasos salariais frequentes são fatores que precisam ser considerados nesse cenário atual da saúde do Município do Rio de Janeiro, tal situação vem desencadeando um número expressivo de vacância profissional e consequente a isso equipes incompletas o que acarreta um enorme prejuízo ao acompanhamento da saúde da população. A Portaria nº 1.886/97, que orientou a organização da ESF, manteve a cargo das prefeituras municipais a contratação dos profissionais, tendo inserido no texto apenas a recomendação do concurso público (BRASIL, 2008). Então, pode-se observar na prática é que muitas prefeituras optam pela não realização de concursos públicos, ocasionando vínculos precários de trabalho com diferenças salariais entre os municípios e categorias, sendo este, um dos fatores para rotatividade dos profissionais.

3.4 Categoria 3 - Formas de realizar Educação Permanente em Saúde

Esta categoria teve 72 URs, representando 38,92% do total de URs do estudo. Nesta, buscou-se identificar como vem sendo realizada as atividades de EPS, quais espaços utilizados, quais os temas abordados, periodicidade e qual planejamento das atividades.

Os entrevistados informam a realização de Educação Permanente na unidade, apesar da necessidade de diminuição da periodicidade devido às demandas de atendimentos e gerencias. Também informam que na maioria das vezes o calendário de planejamento das atividades é determinado pelo MS, SMS e a coordenação de área programática.

[...] Aqui fazemos Educação Permanente para arboviroses, citopatológico, bolsa família [...]. (C03).

[...] A Educação Permanente vai de acordo com o que esta acontecendo no momento e de acordo com o calendário da secretaria [...]. (C09).

[...] Faço normalmente a Educação Permanente uma vez no mês, antigamente fazia mais vezes [...]. (C07)

Segundo Aguiar (2010), a EPS pode ser entendida como aprendizagem no trabalho. Assim, ela acontece dentro do dia de trabalho dos profissionais e seus assuntos para discussão e reflexão são originários dos problemas específicos do local, onde é realizado o trabalho e existe a necessidade de considerar durante as atividades desenvolvidas as experiências e os conhecimentos dos indivíduos.

As entrevistas demonstram que o espaço de discussão na maioria das vezes é realizado na coordenação de área programática, e que existe possibilidade de fala aos profissionais diante das situações apresentadas.

[...] a Educação Permanente principal realizamos com os agentes comunitários de saúde, faço nas reuniões de equipe [...]. (C02).

[...] realizo Educação Permanente com os ACS e com os técnicos e enfermeiros [...]. (C03).

[...] na maioria das vezes quem vai é o enfermeiro, sempre falo que o médico precisa ir à discussão dos óbitos, pois ele também faz o pré-natal, mas isso é muito difícil acontecer [...]. (C07).

[...] recebemos os temas que serão discutidos na CAP, levamos as nossas dúvidas e se surgir outras dúvidas podemos falar no whatzapp com o responsável na CAP [...] (C08).

A Portaria GM/MS nº 1.996 de agosto de 2007 descreve as diretrizes para a EPS, enfatizando que o processo destina-se a públicos multiprofissionais; com objetivo de transformar as práticas técnicas e também sociais. Preocupa-se com os problemas do dia a dia das equipes de saúde, utiliza metodologia direcionada à resolução de problemas, frequentemente com supervisão e diálogo e oficinas de trabalho de preferência no local de trabalho.

Assim é possível verificar que a EPS vem sendo centralizada no enfermeiro, não possibilitando o olhar multidisciplinar, e que existe atualmente uma tendência a limitar as discussões através do uso de ferramentas de informática. Ainda podemos entender tais ferramentas como facilitadores no repasse de informações e resolução de problemas imediatos, o uso dessas estratégias não anula a necessidade de um diálogo e uma discussão qualificada entre as equipes.

Ainda que os enfermeiros não promovam a EPS de acordo com a PNEPS, os profissionais estão buscando transformar as práticas de saúde em uma prática que inclua as ações educativas para a equipe de saúde e atividades de Educação Permanente mesmo que fragmentadas. Os entrevistados discorrem sobre experiências na realização da Educação Permanente, com propostas de transformação da prática, como realização de reuniões para discussão de casos e adaptação do que foi repassado em treinamentos técnico centrados.

[...] eu sou uma das educadoras, passo o conhecimento e a informação, multiplico [...]. (C02).

[...] entendo que sou multiplicadora a gente vai às capacitações e volta, aí a gente tenta adequar à realidade da gente [...]. (C03).

[...] eu faço a palestra, aqui cada enfermeiro é responsável por uma linha de cuidado, aí cada um faz de acordo com a linha [...]. (C04).

[.] a gente enfermeiro somos capacitados na Educação Permanente na coordenação e realizamos na unidade s ACS e equipe de enfermagem [...]. (C 05)

Existe um desafio na EPS que é o de ser responsável pelo processo de capacitação permanente das equipes de saúde, e, por isso é importante à revisão dos métodos utilizados nos serviços de saúde para realizar a EPS (BEZERRA,

2002). Os entrevistados informam a participação em vários espaços de Educação Permanente externos para repasse nas unidades que atuam e também da adaptação desse processo técnico de aprendizado para a realidade vivenciada por eles. Isso demonstra o comprometimento dos enfermeiros em relação à consolidação do SUS frente as suas diretrizes. As ações relacionadas à Educação Permanente foram relatadas pelos enfermeiros como sendo realizadas na maior parte das vezes por eles. Quando realizada por outra categoria os enfermeiros descrevem apoiar a atividade mesmo não sendo sua área de atuação. A EPS é de suma importância para consolidação de um novo modelo assistencial como o da ESF (NASCIMENTO et. AL, 2005).

O enfermeiro deve ser uma referência para a equipe e usuários e também o responsável em realizar e organizar as ações. É ele, o profissional da equipe mais bem preparado, na sua formação, para atuar na educação em saúde (VIEGAS ;PENNA, 2013).

Segundo Ceccin (2005), a Educação Permanente precisa trazer um olhar integral para ações de assistência / cuidado e também contribuir para as articulações da equipe multiprofissional na resolução de problemas de indivíduos e população através da produção do conhecimento.

[...] às vezes eu não consigo sair para nenhuma capacitação por que quando um vai volta como multiplicador, mas não é só questão da demanda é que nossos colegas também estão adoecendo [...]. (C09).

[...] não vem sendo frequente as capacitações, tínhamos muitas antigamente diminuiu muito, isso dificulta para nós na assistência. [...]. (05).

[...] Aqui na unidade em relação aos enfermeiros somos nós que realizamos os agentes comunitários normalmente em uma reunião, por que a gente tem aqui turnos de reunião ai fazemos Educação Permanente por que é importante [...]. (C07).

Os enfermeiros entrevistados relatam que na sua prática exercem o papel de multiplicador, educador e que transferem os conhecimentos adquiridos em outros espaços para os profissionais da unidade que atuam. Parece que atualmente o espaço para realização da EPS vem sendo as reuniões de equipe e não as gerais como era anteriormente. Também informam que a frequência vem sendo menor que antes e que o planejamento determina a realização do processo apenas unidade. No entanto, o fato de assumir outras funções, além da assistencial diferente das demais categorias tem refletido na sobrecarga de trabalho que vem ocasionando

afastamentos por doenças e assim uma forma de fazer EPS com menos frequência do que anteriormente.

[...] eu tenho estudado a questão da educação profissional é muito importante é o momento que ele tira dúvidas da pratica deles [...]. (C06).

[...] Aqui na unidade em relação aos enfermeiros e também com os agentes comunitários normalmente em uma reunião, por que a gente tem aqui turnos de reunião ai fazemos Educação Permanente por que é importante [...]. (C07).

A realização de capacitação de profissionais através de um modelo tradicional baseada somente no modelo biomédico assistencial não qualifica a equipe na solução de problemas a partir da realidade e de problemas que acontecem no cotidiano do trabalho. No entanto, a EPS privilegia-se da atuação multiprofissional, com ações coletivas e integradas com os serviços de saúde (PAGANI, 2012)

Assim, é importante a realização da EPS de forma multiprofissional. Nas entrevistas realizadas as categorias citadas com maior frequência nas atividades de EPS são os enfermeiros, técnicos de enfermagem e ACS sendo que o profissional que realiza EPS para os demais profissionais na unidade na maioria das vezes é o enfermeiro, pois este ainda que vem buscando espaços e tempo para troca, repasses e discussão de casos.

Existe o reconhecimento dos enfermeiros da importância da educação no ambiente de trabalho, e que esta pode promover transformações no processo de trabalho. Entretanto, nas falas foi observado que as EPS estão sendo realizadas com pouca frequência e que na maioria das vezes são realizadas de maneira verticalizada, e também com a necessidade de qualificar os enfermeiros de como é a realização da EPS, uma vez que na fala dos entrevistados são eles os responsáveis pela realização da EPS, e que muitas vezes realizam o processo na unidade de acordo com a orientação que recebem, o que demonstra a necessidade de qualificação de gestores e profissionais no que tange a política de Educação Permanente em Saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo buscou analisar a prática do enfermeiro da ESF em relação a EPS nas unidades de saúde do município do Rio de Janeiro. A construção deste estudo foi motivada pela necessidade de compreender as práticas desenvolvidas pelos enfermeiros na realização da Educação Permanente em Saúde nas unidades que atuam. A pesquisa encontrou diversos sentidos atribuídos pelos enfermeiros para a realização da EPS, assim como limites para sua prática no dia a dia. Pode-se identificar como práticas dos enfermeiros voltadas a EPS, a realização de capacitações com temas definidos pelo Ministério da Saúde e Secretaria Municipal de Saúde, o repasse de informações das capacitações para os demais profissionais da unidade, a educação que é realizada dentro do serviço e atualização de conhecimentos. As categorias encontradas apontaram para três grandes eixos relacionados à prática da EPS pelo enfermeiro: 1) Sentido de Educação permanente para os Enfermeiros, 2) Fatores Limitantes na Prática de Educação Permanente em Saúde e 3) Formas de realizar Educação Permanente em Saúde. O primeiro eixo foi a importância da qualificação do enfermeiro e como vem sendo realizada a EPS pelos enfermeiros na sua prática. A pró-atividade do enfermeiro para buscar realizar a EPS e a potencialidade dele em articular com os demais profissionais da equipe /unidade é de suma importância para continuidade da realização das qualificações dos profissionais. Foi verificado como fatores importantes: o período que os enfermeiros estão na mesma unidade/equipe, o entendimento da importância de realizar as ESP mesmo que com menos frequência devido as demandas atuais e a necessidade de entendimento dos enfermeiros do conceito de EPS para que possam realizar a sua prática de acordo com a diretrizes da PNEPS. A realização da EPS é uma prática que o enfermeiro entende que precisa realizar. No entanto, pela falta de orientação de como realizar a EPS o profissional transmite o que a ele foi orientado de como fazer, ficando claro que o entendimento de EPS não é uma fragilidade somente dos enfermeiros, mas também da gestão local e central. Outro eixo verificado foi o que vem ocorrendo no processo de trabalho dos enfermeiros que ocasiona a limitação em realizar a EPS. Com a reestruturação das ESF no Rio de Janeiro em 2019, onde ocorreu diminuição de equipes, redução de agentes

comunitários de saúde e aconteceu uma sobrecarga na realização de atendimentos, seja devido ao número maior de cadastrados pelo fato de suprimir equipes, seja devido a equipe estar incompleta pela evasão de profissionais, proporcionando acúmulo de funções para o enfermeiro. Além disso, impõe-se a necessidade de reorganizar sua prática e o processo de trabalho, considerando o modelo assistencial que está sendo instituído atualmente. Ressalta-se que o enfermeiro está envolvido diretamente nos atendimentos nas unidades, com poucas atividades externas para reconhecimento dos problemas que estão ocorrendo no território. Outro eixo diz respeito a forma como a EPS vem sendo realizada, como é feita a escolha dos temas a serem abordados e o planejamento para realização da EPS. Algumas práticas e alguns relatos indicam que existe a diminuição da realização da EPS, que sua realização está atrelada as determinações de gestores e não aos problemas encontrados no território de atuação e que existe uma fragilidade em realizar o planejamento das atividades diante da crise atual do Município do Rio de Janeiro. Algumas vezes os enfermeiros realizam o planejamento, porém são surpreendidos com atrasos de salários e outros problemas que ocasionam a não realização do que tinha sido planejado. É importante salientar o envolvimento e compromisso dos enfermeiros com a EPS e o entendimento deles de que esta ação faz parte de sua prática. No entanto, existe pouco conhecimento de como realizar a EPS. Foi possível verificar que o processo de trabalho vem sendo organizado através da realização de consultas e procedimentos deixando uma lacuna em relação a prática social do enfermeiro. No que tange a EPS a vinculação do enfermeiro ao modelo biomédico diminui seu potencial de entender e agir de acordo com os problemas reais do território uma vez que sua prática está cada vez mais alinhada no atendimento as doenças, centralizando seu cuidado aos atendimentos no consultório. A maioria dos enfermeiros relatam que a EPS realizada por eles está direcionada, com maior frequência, aos protocolos clínicos, cabendo então ressaltar que estes estão voltados ao manejo clínico de determinada situação e que se faz necessário incluir além do olhar clínico, as necessidades de saúde daquele individuo frente as suas vulnerabilidades e possibilidades de cuidado com a saúde.

Segundo (CECCIM, 2005) a Educação Permanente é uma estratégia para efetivar mudanças nas práticas de saúde, com proposta de melhoria da qualidade dos serviços. Assim, existe a necessidade de analisar o que vem acontecendo nos

serviços de saúde e o que precisa ser adequado e transformado, uma vez que a EPS é aqui entendida como a educação no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho cujo objetivo é melhorar a assistência em saúde e a consolidação do SUS.

Destaque também para necessidade de comprometimento do Município na implantação efetiva da PNEPS, podendo realizar a implantação de Núcleos de Educação Permanente uma vez que todas as instâncias possuem papel importante para instituir a PNEPS e também devido desde 2018 o Ministério da Saúde ter iniciado um projeto para apoiar os Municípios e Estados para implantação da PNEPS através do financiamento fundo a fundo com critérios para monitoramento e análise das ações de EPS.

REFERÊNCIAS

- ACIOLI, S. et al. Práticas de cuidado: o papel do enfermeiro na atenção básica. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 637-42, 2014. Disponível em: < <http://www.facenf.uerj.br/v22n5/v22n5a09.pdf>>. Acesso em: 18 jul. 2019.
- ACIOLI, S. A prática educativa como expressão do cuidado em Saúde Pública. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. 1, p. 117-121, fev. 2008. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672008000100019>>. Acesso em: 9 set. 2018.
- AGUIAR, R. A. T. **A Universidade e as Políticas de Educação Permanente Estratégia de Saúde da Família: um estudo de caso**. Tese de Doutorado. Faculdade de Educação, Universidade Federal de Minas Gerais, 2010. Disponível em: <<https://repositorio.ufmg.br/handle/1843/BUOS-8D4KUK>>. Acesso em: 09 set. 2019.
- AYRES, L. F. A. et al. As enfermeiras visitadoras da Cruz Vermelha Brasileira e do Departamento Nacional de Saúde Pública no início do século XX. In: PORTO, F.; AMORIN, W. (Org.). **A história da enfermagem: identidade, profissionalização e símbolos**. 2. ed. São Caetano do Sul: Yendis, 2013, p. 217-279.
- AZZOLIN, G. M. C. **Processo de trabalho gerencial do enfermeiro e processo de enfermagem: a articulação na visão de docentes**. Dissertação. Escola de Enfermagem/ Universidade de São Paulo; 2007. 149f. Disponível em: <<https://teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7131/tde-12062007-105649/pt-br.php>>. Acesso em: 09 set. 2019
- BALDISSERA, A. Pesquisa-ação: uma metodologia do "conhecer" e do "agir" coletivo. **Sociedade em Debate**, Pelotas, v.7, n.2, p.5-25, ago. 2001. Disponível em: < <http://www.revistas.ucpel.edu.br/index.php/rsd/article/viewFile/570/510>>. Acesso em: 10 dez. 2018.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Ed. 70, 1979.
- BEZERRA, A. L. Q. O contexto da educação continuada em enfermagem na visão dos gerentes de enfermagem e dos enfermeiros de educação continuada. **Revista Eletrônica de Enfermagem (on-line)**, Goiânia, v.4, n.1, p. 66, 2002. Resumo. Disponível em: < <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/734>>. Acesso em: 9 set. 2018.
- BOMBEGER, S. M. T. A Estratégia de Saúde da Família numa perspectiva ambiental para a promoção de saúde. **Boletim Saúde**. Porto Alegre, v.17, n.2, p.16-24, Dez.2003. <Disponível em: <<http://www.boletimdasaude.rs.gov.br/conteudo/1248/a-estrategia-saude-da-familia-numa-perspectiva-ambiental-para-a-promocao-da-saude>>. Acesso em: 10 out. 2019.

BRASIL. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 26 jun. 1986. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7498.htm>. Acesso em: 17 jan. 2019.

BRASIL. Portaria nº 1.886 de 18 de dezembro de 1997. Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 22 de dez.1997. Disponível em:< http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria1886_18_12_97.pdf>. Acesso em: 17 jan.2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa de Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_n1_p1.pdf>. Acesso em: 17 jan.2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde**. Documentos preparatórios para 3a Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Brasília (DF), 2005. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/sgtes>> Acesso em: 10 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 4). Disponível em:< <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2018.

BRASIL. 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: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?** Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 1º edição revisada. 73 p. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude_fortalecimento.pdf>. Acesso em: 10 set.2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2018.

BRASIL. Portaria nº 1.645, de 2 de outubro de 2015. Dispõe sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). 2015. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 5 out. 2015. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1645_01_10_2015.html>. Acesso em: 12 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. **Histórico de Cobertura da Saúde da Família**, 2017. Disponível em: <<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>>. Acesso em: 12 jul. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.435, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 21 set. 2017. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&data=22/09/2017&pagina=68>>. Acesso em: 8 set. 2018.

BRASIL. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. [Brasília, DF: 2019]. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp>>. Acesso em: 10 jan. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. **Histórico de Cobertura da Saúde da Família**, 2017. Disponível em: <<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>>. Acesso em: 12 jul. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Manual Técnico: **Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no SUS PRO EPS-SUS**. Brasília, 2018. 40 p. Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/dezembro/13/Manual-Tecnico-PRO-EPS-SUS-MINUTA17-FINAL.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2019.

CAROTTA, F.; KAWAMURA, D; SALAZAR, J. Educação permanente em saúde: uma estratégia de gestão para pensar, refletir e construir práticas educativas e processos de trabalhos. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.18 supl.1 2009. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902009000500008>>. Acesso em: 20 set.2019.

CAMPOS, C. M. S. et al. Práticas emancipatórias de enfermeiros na atenção básica à saúde: a visita domiciliar como instrumento de reconhecimento de necessidades de saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 48, n. Especial, p. 119-25, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420140000600017>>. Acesso em: 5 jul. 2019.

CAVALLIERI, F.; VIAL, A. **Favelas na cidade do Rio de Janeiro**: o quadro populacional com base no Censo 2010. Rio de Janeiro: IPP, 2012 (Coleção Estudos Cariocas; 20120501) Disponível em: <
http://portalgeo.rio.rj.gov.br/estudoscariocas/download%5C3190_FavelasnacidadedoRioDeJaneiro_Censo_2010.PDF>. Acesso em: 27 out. 2018.

CECCIM, R.B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface Comum Saúde Educação**, São Paulo, v.9, n.16, p.161-8, 2005. Disponível em <
<http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/textos%20eps/educacaoopermanente.pdf>>. Acesso em 18 jul.2019.

CECCIM, R.B; FEUERWERKER, L. O quadrilátero da formação para área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis – Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 14, n.1, p.41 – 65, 2004. Disponível em: <
https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0103-73312004000100004&script=sci_arttext>. Acesso em: 8 set. 2018.

COELHO, E.A.C. **Enfermeiras que cuidam de mulheres**: conhecendo a prática sob o olhar de gênero. 2001. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001. Disponível em: <
<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=17743&indexSearch=ID>> Acesso em: 12 set. 2018.

COPETTI, J.; SOARES, R. ;FOLMER, V . **Educação e saúde no contexto Escolar compartilhando vivências, explorando possibilidades**. Uruguaiana: Universidade Federal do Pampa, 2018. 183 p. Disponível em:<
<http://dspace.unipampa.edu.br:8080/bitstream/riu/3336/1/E-book%20ESCE%202ed.pdf>>. Acesso em: 18 dez.2019.

COSTA, P. P. **Dos projetos à política pública, reconstruindo a história da Educação Permanente em saúde**. Dissertação. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. Disponível em: < https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0103-73312004000100004&script=sci_arttext> Acesso em: 08 set. 2018.

COSTA, P. C. P ; GARCIA, A. P. R. F; TOLEDO, V. P. Acolhimento e cuidado de enfermagem: um estudo fenomenológico. **Revista Texto Contexto Enfermagem**. Florianópolis , v.25, n.1, p.2-7, Abril. 2016. Disponível em: <
<http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016004550014>. Acesso em: 21 dez. 2019.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil**, Banco de Dados. Rio de Janeiro, 2013. Disponível em :<
<http://www.cofen.gov.br/perfilenfermagem/index.html>> Acesso em: 20 dez.2019.

ERMEL, R.C; FRACOLLI, L.A. O trabalho das enfermeiras no Programa de Saúde da Família em Marília/SP. **Revista Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v.40, n.4, p.533-539. 2006. Disponível em:< <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342006000400012> >. Acesso em:12 dez. 2018.

FERRACCIOLI, P.; ACIOLI, S. As diferentes dimensões do cuidado na prática realizada por enfermeiros no âmbito da atenção básica. **Revista Fund. Care [Online]**: Rio de Janeiro, v.9, n.1, p.28-36, jan/mar. 2017. Disponível em: <http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3964/pdf_1>. Acesso em: 8 set. 2018.

FERTONANI, H.; PIRES, D.; BIFF, D.; SCHERER, M. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciência saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v.20, n. 6 , p. 1869-1878, junho 2015. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000601869>. Acesso em: 19 dez.2019.

FONSECA, A. F; STAUFFER, A. B. **O processo histórico do trabalho em saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

FREIRE, M. A. M.; AMORIM, W. O relatório Goldmark e a enfermagem de saúde pública na capital do Brasil (1923-1927). In: PORTO, F.; AMORIM, W. (Org.). **História da enfermagem: identidade, profissionalização e símbolos**. 2. ed. São Caetano do Sul: Yendis, 2013, p. 199-216.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOULART, B.N.G; CHIARI, B. M. Humanização das práticas do profissional de saúde: contribuições para reflexão. **Ciência saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n.1, p.255-268, 2010. ISSN 1413-8123. Disponível em:< <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000100031>> Acesso em: 10 dez. 2018.

GRITTEM, L; MEIER, M. J; ZAGONEL, I. P. S. Pesquisa-ação: uma alternativa metodológica para pesquisa em enfermagem. **Texto contexto - enfermagem**. Rio de Janeiro, 2008, vol.17, n.4, pp.765-770. ISSN 0104-0707. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072008000400019>>. Acesso em 10 dez. 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo demográfico 2010. Brasília, DF: IBGE, 2010. Disponível em:< <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=330455&search=rio-de-janeiro|rio-de-janeiro>>. Acesso em: 17 jun. 2019.

KEBIAN, L.V. **As práticas de saúde do enfermeiro e do agente comunitário de saúde na visita domiciliar da Estratégia de Saúde da Família**. 2011.94f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <http://bdtd.ibict.br/vufind/Record/UERJ_cc6d9e2cbe14bdcb7fafbd5a065ca937>. Acesso: 8 set. 2018.

KEBIAN, L.V; ACIOLI, S. A visita domiciliar de enfermeiros e agentes comunitários de saúde da estratégia de saúde da família. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. Rio de Janeiro, v.16, n.1 , p 161-169, jan/març, 2014. Disponível em:< <https://doi.org/10.5216/ree.v16i1.20260>>. Acesso em: 12 dez. 2019.

LEMOS, Cristiane Lopes Simão. Educação Permanente em Saúde no Brasil: educação ou gerenciamento permanente? **Ciências saúde coletiva** . Rio de Janeiro , vol.21, n.3, pp.913-922. ISSN 1413-8123, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015213.08182015>>. Acesso em: 20 out. 2019.

MACHADO, M. F. A. S.; MONTEIRO E. M. L. M; QUEIROZ D. T; VIEIRA N. F. C; BARROSO M.G.T. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. **Ciências Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.12, n.2, p. 335-342, Abril. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000200009>. Acesso em: 12 dez. 2018.

MACHADO, M. H.; STIEBLER A.L; OLIVIERA, E.S; LAMPERT J; AGUIAR J.D; SILVA L ; PINTO L.F; LEVY M; TEIXEIRA M; PEREIRA S; HOPPE S .**Perfil dos médicos e enfermeiros do programa saúde da família no Brasil: relatório final**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2000. v.1 - Brasil e grandes regiões. Disponível em < http://www.ccms.saude.gov.br/asaudebateaporta/pdfs/perfil_medico.pdf> Acesso em: 15 dez. 2018.

MANCIA, J. R; CABRAL, L. C et al. Educação Permanente no contexto da enfermagem e na saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.57, n.5, p.605 -610,2004. Disponível em:< <http://www.redalyc.org/pdf/2670/267019632018.pdf>> Acesso em: 23 set. 2018.

MARQUES, D; SILVA, E.M. A enfermagem e o Programa Saúde da Família: uma parceria de sucesso? **Revista Brasileira de Enfermagem**, vol.57, n.5, pp.545-550, Set/Out 2004. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672004000500006&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 09 set. 2018.

MATTA, G. C; MAROSSINI, M.V.G. **Atenção à Saúde. Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Editora Fiocruz, Rio de Janeiro, 2009.

MATUMOTO, S. et al. A prática clínica do enfermeiro na atenção básica: um processo em construção. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Campinas, v.19, n.1, p. 123-30, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/pt_17.pdf>. Acesso em: 09 set. 2018.

MEDEIROS, Cássia Regina Gotler et al. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva [online]**. 2010, vol.15, suppl.1, pp.1521-1531. ISSN 1413-8123. <Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000700064>>. Acesso: 09 set.2018.

MENDES, E.V. A Atenção Primária no Brasil. O cuidado das condições crônicas na atenção primária a saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. **Organização Pan-Americana da Saúde**; Brasília: 2012.71-99. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf. Acesso em: 9 set. 2018

MERHY, E. E. **Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde**. In: Agir em Saúde: um desafio para o público. Emerson Merhy. Rosana Onoko. 2 ed. São Paulo. Hucitec, 2002. p. 71-112.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: HUCITEC/ABRASCO, 14ed, 2014.

MONTEIRO, C. F. S; MOREIRA R. C; OLIVEIRA E. A; MOURA, M. E. S; COSTA, J. V.C. Pesquisa-ação: contribuição para prática investigativa do enfermeiro. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre , vol.31 no.1 , 2010. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472010000100023>>. Acesso em: 10 dez.2018.

MORAES, K.G; DYTZ, J.L. Política de Educação Permanente em Saúde: Análise de sua implementação. **Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde**, Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/pt_17.pdf>. Acesso em: 09 set. 2018.

NASCIMENTO, M.S ;NASCIMENTO, M.A.A. Prática da enfermeira no Programa de Saúde da Família: a interface da vigilância da saúde versus as ações programáticas em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.10, n.2 p.333-345, Junho. 2005. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000200011>>. Acesso: 18 de dez.2019.

OLIVEIRA , D.C. Análise de Conteúdo Temático –Categorial :Uma Proposta de Sistematização . **Revista de Enfermagem UERJ**. Rio de Janeiro;v.16,n.4,p.569,76, out/dez 2008.Disponível em:<<http://www.facenf.uerj.br/v16n4/v16n4a19.pdf>>. Acesso em:10 dez 2019.

OLIVEIRA, M.A. C; PEREIRA, I.C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**: Brasília, v. 66, (esp), p. 158-64, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v66nspe/v66nspea20.pdf>>. Acesso em: 03 de set. 2018.

OLIVEIRA, F.M; FERREIRA, E.C et al. Educação Permanente e qualidade da assistência à saúde: aprendizagem significativa no trabalho da enfermagem. **Revistas Científicas da América Latina**: Colômbia, v11, n1, p.48 – 62. abril, 2011. Disponível em < <http://www.redalyc.org/pdf/741/74118880005.pdf>>. Acesso em: 23 de set. 2018.

PADILHA, M.I.C. História da Enfermagem: Ensino, Pesquisa e Interdisciplinaridade. **Escola Anna Nery R. Enfermagem**. Rio de Janeiro, v. 10 n. 3, 532 – 8, Dez. 2006. Disponível: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v10n3/v10n3a24>> Acesso em: 10 nov.2019.

PAGANI, R, ANDRADE, L.O.M. Preceptoria de território, novas práticas e saberes na estratégia de educação permanente em saúde da família: o estudo do caso de Sobral, **CE. Saúde Soc.** São Paulo, v.21, supl.1, p. 94-106, Maio. 2012. Disponível em:< <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902012000500008>>. Acesso: 12 dez. 2018.

PEDUZZI, M. **A inserção do enfermeiro na equipe de saúde da família, na perspectiva da promoção da saúde.** In: Anais do 1º Seminário Estadual: O enfermeiro no programa de saúde da família; 2000 nov. 9-11; São Paulo. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde; 2000. p. 1-11.

PEREIRA ,F.M, BARBOSA,V.B.A, VERNASQUE, J.R.S. A experiência da educação permanente como estratégia de gestão com os auxiliares de enfermagem. **Rev. Min Enferm.** 2014; 18(1): 228-235. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672004000500018>>. Acesso em: 03 set. 2018.

RIO DE JANEIRO. Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro. Instituto Pereira Passos. **[Site]**. Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <<http://www.rio.rj.gov.br/web/ipp/>>. Acesso em: 28 set. 2017.

RIO DE JANEIRO. **Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.** Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde. **[Site]**. Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: <<https://subpav.org/logar.php>>. Acesso em: 28 set. 2019.

RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Cultura. Ecomuseu de Santa Cruz. **[Site]**. Rio de Janeiro, 2015. Disponível em:< <http://museus.cultura.gov.br/espaco/8743/>> . Acesso em: 2 set.2018.

RIO DE JANEIRO. Prefeitura Municipal. **Bairros cariocas.** 2009. Disponível em: <<http://portalgeo.rio.rj.gov.br/bairros Cariocas/>>. Acesso em: 17 jun. 2017.

RIO DE JANEIRO. Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro. Instituto Pereira Passos. **[Site]**. Rio de Janeiro, 2008. Disponível em:< <http://www.rio.rj.gov.br/web/ipp>> Acesso em: 28 set. 2019.

SILVA, K.L.; SENA, R.R. Integralidade do cuidado na saúde: indicações a partir da formação do enfermeiro. **Rev. esc. enferm. USP.** São Paulo: v. 42, n. 1, p. 48-56, mar. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342008000100007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 set. 2018.

SOUSA, M F. O Programa Saúde da Família no Brasil: análise do acesso à atenção básica. **Rev. Brás Enferm.** Brasília, v.61, n.2, p.153-158, Abril, 2008. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n2/a02v61n2.pdf>>. Acesso em: 13 dez.2019.

STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2002.

TONINI, N.S.; FLEMING, S.F. História da enfermagem: evolução e pesquisa. **Arq. Ciênc. Saúde Unipar**, v. 6, n.3, p.131-4, 2002. Disponível em: <<http://revistas.unipar.br/index.php/saude/article/view/1189/1050>>. Acesso em: 9 de set.de 2018.

TRIPP, D. Pesquisa-ação : Uma introdução metodológica. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 443-466, set./dez. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ep/v31n3/a09v31n3.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2019.

SILVA, K.L.; SENA, R.R. Integralidade do cuidado na saúde: indicações a partir da formação do enfermeiro. **Rev. esc. enferm. USP**. São Paulo: v. 42, n. 1, p. 48-56, mar. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342008000100007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 set. 2018.

SCHIMITH, M.D; SIMON, B.S; BRÊTAS A.C.P; BUDÓ, M.L.D. Relações entre profissionais de saúde e usuários durante as práticas em saúde. **Trab Educ Saúde**. 2011;9(3):479-503. Disponível em:< <http://dx.doi.org/10.1590/S1981-77462011000300008>>. Acesso em :12 dez. 2018.

VIANA, A.L.D.A; POZ, M.R.D. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **PHYSIS: Revista Saúde Coletiva**: Rio de Janeiro, v.15(Suplemento), p.225-264, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v15s0/v15s0a11.pdf> >. Acesso em: 08 set. 2018.

VIEGAS, K.B. C; PENNA, C.M.M. A construção da integralidade no trabalho cotidiano da equipe saúde da família. **Escola Anna Nery R. Enfermagem**: Rio de Janeiro, v.17, 2013. Disponível em:< <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452013000100019> >. Acesso em 08 set.2019.

VIEIRA, A. G. R. Educação Permanente: (Re) Vendo conceito, **Revista educação, cultura e sociedade**, Mato Grosso do Sul, v 3 , n. 2, dez. 2013. Disponível em:< <http://sinop.unemat.br/projetos/revista/index.php/educacao/article/view/1239/881>>. Acesso em: 10 set. 2019.

WALDOW, V.R. Uma experiência vivida por uma cuidadora, como paciente, utilizando a narrativa literária. **Texto contexto - enferm. [online]**. Santa Catarina, vol.20, n.4, pp.825-833. ISSN 0104-0707, Out. 2011. Disponível em:< <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072011000400024>>. Acesso em: 10 dez. 2018.

APÊNDICE A – Roteiro de entrevista semi-estruturada

Caracterização do Entrevistado

Nº de Identificação:

Data da Coleta:

Hora da Coleta:

Idade:

Sexo: () Feminino () Masculino

Tempo de Formação:

Tempo de atuação na APS:

Está há quanto tempo na unidade?

Mudou alguma vez de equipe? () Sim () Não Quantas? Unidade Tipo: A () B
()

Possui algum curso de extensão em saúde da família, saúde pública ou saúde coletiva? () Sim () Não Qual?

Prática do Enfermeiro na Educação Permanente

1. Você conhece ou já ouviu falar da Política Nacional de Educação Permanente?
() Sim () Não
2. O que você entende como educação permanente?
3. Como é realizado o planejamento das atividades de Educação Permanente na unidade que você trabalha? E como é a escolha do tema das atividades de educação permanente?
4. Com que frequência ocorre atividades de Educação Permanente?
5. Você consegue participar das atividades de Educação Permanente? Qual sua função nesse espaço?
6. Cite algumas atividades de educação permanente realizada na sua prática
7. Em sua opinião algum que fator limita sua prática na realização da educação permanente?

Sentidos da educação permanente

1. Em sua opinião a educação permanente qualifica a assistência e como consequência os resultados (metas, indicadores,). Se sim. Como?

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Enfermeiro



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-ENFERMEIRO

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário (a), da pesquisa intitulada **EDUCAÇÃO PERMANENTE NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: “ A PRÁTICA DO ENFERMEIRO ”** conduzida por Anna Flavia Nascimento da Rocha sob orientação da professora Dr. Sonia Acioli. Este estudo tem por objetivo Analisar a prática do enfermeiro nos processos de educação permanente na Estratégia de Saúde da Família no território da AP 5.3 no Rio de Janeiro/RJ.

Você foi selecionado (a) por ser enfermeiro (a) que está compondo Equipes de Saúde da Família da AP 5.3. Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa, desistência ou retirada de consentimento não acarretará nenhum prejuízo.

Sua participação consistirá em entrevistas semiestruturada que será realizada pelo pesquisador. Nesta entrevista, as perguntas serão respeitadas, porém poderá ocorrer algum tipo de diálogo a cerca da temática a e é possível que se compartilhe informações pessoais. Haverá gravação da conversa e sua posterior transcrição. Também haverá observação dos registros das atividades de educação permanente realizadas na unidade de saúde. Há possibilidade de que haja desconforto ao compartilhar as informações com o pesquisador por estar sendo pesquisada uma prática de trabalho.

Ao assinar este documento o (a) senhor (a) não desistirá de nenhum de seus direitos. Além disso, o (a) senhor (a) não libera os investigadores de suas responsabilidades legais e profissionais no caso de alguma situação que lhe prejudique. Em caso de dúvidas Sr.(a) deverá se reportar ao Comitê de Ética em Pesquisas envolvendo seres humanos – subordinados ao Conselho Nacional de Ética em Pesquisa, órgão do Ministério da Saúde, através de solicitação ao representante de pesquisa, que estará sob contato permanente, ou contactando o Comitê de Ética em Pesquisa da UERJ ou SMS-RJ nos telefones (21) 2334-2180 ou (21)2215- 1485. É assegurada a preservação da sua identidade nas informações fornecidas (depoimentos) neste estudo, estas serão analisadas de modo agregado, incluindo a eventualidade da apresentação dos resultados em estudo, congressos e periódicos científicos. Os dados coletados serão armazenados por no mínimo 5 anos e após o término do estudo serão descartados, preservando a identidade dos participantes.

Os dados obtidos por meio desta pesquisa serão confidenciais e não serão divulgados em nível individual, visando assegurar o sigilo de sua participação.

A pesquisadora responsável se comprometeu a tornar públicos nos meios acadêmicos e científicos os resultados obtidos de forma consolidada sem qualquer identificação de indivíduos participantes.

Caso você concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma delas sua, e a outra, da pesquisadora responsável da pesquisa. Seguem os telefones e o endereço institucional da pesquisadora responsável, onde você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação nele, agora ou a qualquer momento.

Pesquisadora Responsável: Anna Flavia Nascimento da Rocha, Mestranda do PPGENF/UERJ. Email: anna.edu23@gmail.com / Celular: (21) 9644-38660
Investigadora Orientadora: Sonia Acioli de Oliveira, Profa. do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem da UERJ (PPGENF/UERJ). E-mail: soacioli@gmail.com / Celular: 21 997641180
Caso você tenha dificuldade em entrar em contato com o pesquisador responsável, comunique o fato à Comissão de Ética em Pesquisa da UERJ: Rua São Francisco Xavier, 524, sala 3018, bloco E, 3º andar, - Maracanã - Rio de Janeiro, RJ, e-mail: etica@uerj.br - Telefone: (021) 2334-2180 ou ao Comitê de Ética da SMSDC-RJ: cepsms@rio.rj.gov.br

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa, e que concordo em participar.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de _____.

Assinatura do (a) participante: _____

Assinatura da pesquisadora: _____

Estou ciente que os resultados serão utilizados unicamente para fins de pesquisa que os riscos são mínimos no processo de coleta de dados. Além disso, ciente da garantia de privacidade e preservação da identidade, autorizo a publicação dos resultados das análises parcialmente ou em conjunto para efeito público. Estou ciente de que a qualquer momento que julgar necessário, o pesquisador responsável prestará esclarecimentos sobre as etapas deste estudo. Além disso, posso, a qualquer momento, abandonar essa pesquisa sem qualquer tipo de prejuízo pessoal. Declaro ainda saber que minha participação neste estudo não envolverá qualquer compensação ou ônus financeiro. Embora não haja nenhuma garantia de benefícios com este estudo, as informações que fornecer poderá ser útil para melhoria das práticas e da resolutividade dos enfermeiros em relação à educação permanente nas Clínicas da Família, podendo impactar na satisfação dos usuários do SUS e melhoria da qualidade da assistência.

Depois de conhecer e entender o objetivo geral, procedimento metodológico e benefícios da pesquisa, bem como estar ciente da necessidade do uso da minha imagem e/ou depoimento, AUTORIZO, através do presente termo, ao pesquisador, do projeto de pesquisa especificado, a realizar fotos que se façam necessárias e/ou colher meu depoimento, também sem quaisquer ônus financeiros a nenhuma das partes. Ao mesmo tempo, libero a utilização dessas fotos e/ou depoimentos para fins científicos e de estudos, em favor dos pesquisadores do projeto. Eu fui completamente orientado sobre o estudo, de acordo com sua natureza, propósito e duração. Eu pude questionar sobre todos os aspectos do estudo e fui informado de que a qualquer momento outras possíveis dúvidas serão sanadas pelo pesquisador e/ou investigador responsável. Estou ciente que assinarei duas vias do termo de consentimento livre e esclarecido, sendo que uma via ficará em minha posse e a outra com o pesquisador.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de _____.

Nome do Participante

Endereço do Participante

APÊNDICE C – Demonstrativo da síntese dos temas da análise de conteúdo

Quadro 1 – Demonstrativo da síntese dos temas da análise de conteúdo

		CATEGORIAS	TOTAL Nº UR	TOTAL %UR	CÓDIGO TEMAS
Educação permanente para qualificação da assistência	1,08	Sentidos da educação permanente em saúde para os enfermeiros	71	38,4	1; 10; 11; 12
Realização da educação permanente pelos enfermeiros	8,65				
Educação permanente dos enfermeiros	20,54				
O papel do enfermeiro na educação permanente	8,11				
Fatores limitantes na prática de educação permanente	22,70	Fatores limitantes na prática da educação permanente em saúde	42	22,7	8
Forma de realizar educação permanente	16,76	Formas de realizar educação permanente em saúde	72	38,92	2; 3; 4; 5; 7; 9; 13
Temas para realização de educação permanente	5,95				
Espaços de discussão	5,41				
Periodicidade para realizar atividades de educação permanente	5,95				
Exemplos de atividades de educação permanente realizadas	3,78				
Planejamento das atividades de educação permanente	1,08				
Total:	100		185	100	

Fonte: A autora, 2019.

APÊNDICE D – Levantamento bibliográfico feito da base de dados da biblioteca virtual em saúde

Quadro 2 – Levantamento bibliográfico feito da base de dados da biblioteca virtual em saúde (continua)

	TEMA	AUTOR	FONTE	ANO
1	Práticas educativas de enfermeiros voltadas à saúde da mulher na Estratégia de Saúde da Família	Tinoco, Tayane Fraga	LILACS, BDEFN	2018
2	Prática e formação de profissionais da Estratégia Saúde da Família: Desafio do Cuidado à Criança	George, Pâmela Silva; Daher, Donizete Vago; Reis, Adriana Teixeira; Cursino, Emília Gallindo	LILACS, BDEFN	2017
3	As ações de Saúde realizadas por Enfermeiros e o uso de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas no Contexto Atual da Estratégia Saúde da Família no Município do Rio de Janeiro.	Ferraccioli, Patrícia Siqueira Lemos	LILACS, BDEFN	2017
4	Muda o Modelo Assistencial, muda o Trabalho da Enfermeira na Atenção Básica?	Forte, Elaine Cristina Novatzki; Pires, Denise Elvira Pires de; Scherer, Magda Duarte dos Anjos; Soratto, Jacks	LILACS, BDEFN	2017
5	A Prática de Integralidade desenvolvida pelos Enfermeiros na Atenção Básica no Município de Paracambi/RJ	Cavagna, Vitor Machado	LILACS, BDEFN	2017
6	Percepção do Enfermeiro quanto à sua atuação Educativa na Estratégia Saúde da Família	Andrade, Michelly Evangelista de; Clares, Jorge Wilker Bezerra;	Rev. enferm. UERJ;	2016
7	Ser Enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família: desafios e possibilidades	Caçador, Beatriz Santana; Brito, Maria José Menezes; Moreira, Danielle de Araújo; Rezende, Lilian Cristina; Vilela, Gláucia de Sousa	REME rev. min. enferm	2016
8	Prática Educativa do Enfermeiro na consulta de Enfermagem à criança na perspectiva de Madeleine Leininger	Rocha, Girzia Sammya Tajra; Araujo Filho, Augusto Cezar Antunes de; Nunes, Benevina Maria Vilar Teixeira; Rocha, Silvana Santiago	Rev. enferm. UFPI	2015
9	Preceptoria na perspectiva da prática integrada: desafios da formação em saúde	Oliveira, Betânia Machado Faraco.	LILACS, BDEFN	2015

Quadro 2 – Levantamento bibliográfico feito da base de dados da biblioteca virtual em saúde (conclusão)

10	A consulta do enfermeiro na estratégia de saúde da família na cidade do Rio de Janeiro: um recorte da prática em quatro unidades de atenção básica	Amaral, Isabela Barboza da Silva Tavares.	LILACS, BDEFN	2016
11	Interação em processos de construção compartilhada do conhecimento: uma experiência de educação a distância com enfermeiros da saúde da família	Faria, Magda Guimarães de Araujo	LILACS, BDEFN	2015
12	Características do processo de trabalho do enfermeiro da estratégia de saúde da família	Paula, Marcilene de; Peres, Aida Maris; Bernardino, Elizabeth; Eduardo, Elizabeth Araujo; Sade, Priscila Meyenberg Cunha; Larocca, Liliana Muller	REME rev. min. enferm	2014
13	Agentes Comunitários de Saúde, formação e perfil profissional: o caso de Duque de Caxias, RJ	Souza, Fernanda Rodrigues Martins de	LILACS, BDEFN	2014
14	A Prática Educativa do Enfermeiro preceptor no processo de formação em saúde: a ESF como um arco-íris de possibilidades	Chagas, Flávia de Jesus Ribeiro	LILACS, BDEFN	2014
15	Configuração identitária do Enfermeiro da Estratégia de Saúde da Família em um Município do interior do Estado de Minas Gerais	Vilela, Gláucia de Sousa	LILACS, BDEFN	2014
16	Práticas dos Enfermeiros na Estratégia de Saúde da Família sob a ótica do Agente Comunitário de Saúde	Cruz, Ana Carolina da Silva	LILACS, BDEFN	2013
17	Processo de Trabalho e Competências Gerenciais do enfermeiro da Estratégia Saúde da Família	Paula, Marcilene de; Peres, Aida Maris; Bernardino, Elizabeth; Eduardo, Elizabeth Araujo; Macagi, Silvânia Terezinha Silva	Rev. RENE;	2013
18	Atuação da Enfermeira na Atenção Básica a saúde: uma revisão integrativa	Lima, Fátima Rosário; Fagundes, Norma Carapiá; Sales, Samara Souza Pereira	Rev. baiana enferm	2013
19	Educação Permanente em Saúde: uma estratégia para a formação dos agentes comunitários de saúde	Pereira, Susany Anastácia; Santos, Célio Augusto Moreira; Antunes, Deolane Eustáquia Vasconcelos	Rev. Enferm. Cent.-Oeste	2012
20	Configuração identitária do enfermeiro no contexto da Estratégia de Saúde da Família	Caçador, Beatriz Santana	LILACS, BDEFN	2012

Fonte: A autora, 2019.

ANEXO A – Parecer do comitê de ética – UERJ

UNIVERSIDADE DO ESTADO
DO RIO DE JANEIRO - UERJ

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Práticas e saberes dos enfermeiros na Atenção Primária: Diálogos com a Educação Popular em Saúde e suas perspectivas teórico- metodológicas

Pesquisador: Sonia Acioli

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 52512015.3.0000.5282

Instituição Proponente: Faculdade de Enfermagem da UERJ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.607.786

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto que dá continuidade aum projeto inicial "Saberes e Práticas na Atenção Primária à Saúde: Diálogos entre usuários e profissionais de saúde no Estado do Rio de Janeiro". É um estudo pautado em pesquisa-ação participativa em saúde (PAPS) a qual apropria-se dos fundamentos da pesquisa-ação enfatizando os princípios de uma abordagem metodológica que busca a interação entre pesquisadores e sujeitos. Os participantes do estudo serão enfermeiros e usuários de clínicas de saúde da família de uma área de planejamento do município do Estado do Rio de Janeiro – RJ. Dentre as técnicas de coleta de dados utilizadas, estão a análise documental - Relatório de Gestão Municipal; Plano Municipal de Saúde e Plano Plurianual (PPA); Protocolos da Atenção Primária, além de outros documentos pertinentes ao município de desenvolvimento da pesquisa, grupo focal, observação sistematizada e realização de seminários. Serão desenvolvidos seis grupos, dos 60 participantes, onde serão divididos em grupo focal e work café. Deverá ser explicitado a definição dessa divisão.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Construir, de forma compartilhada entre enfermeiros e usuários, projetos de atuação a partir da análise das práticas de enfermeiros na Estratégia de Saúde da Família de uma área de

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ºand. 01 30 18
 Bairro: Maracanã CEP: 20.559-900
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)2334-2180 Fax: (21)2334-2180 E-mail: etica@uerj.br

UNIVERSIDADE DO ESTADO
DO RIO DE JANEIRO - UERJ



Continuação do Parecer: 1.607.786

planejamento do município do Rio de Janeiro, orientados pelos eixos teórico-metodológicos presentes no campo da Educação Popular em Saúde.

Objetivo Secundário:

- Caracterizar as práticas desenvolvidas pelos enfermeiros na ESF em uma área de planejamento na perspectiva de enfermeiros e usuários;- Contextualizar as práticas desenvolvidas pelos enfermeiros em sua interação com os usuários na ESF, a partir do referencial teórico metodológico da Educação Popular em Saúde;- Definir com enfermeiros, as práticas a serem priorizadas na construção compartilhada dos projetos de atuação; - Desenvolver com enfermeiros, projetos de atuação através de processos de construção compartilhada de conhecimentos, considerando os saberes e práticas presentes na ESF;- Divulgar entre usuários, equipes de saúde da família e gestores os projetos de práticas compartilhadas construídos com vistas à contribuir para a construção de um manual de "boas práticas" de enfermeiros para a ESF no município do Rio de Janeiro. - Refletir os limites e potencialidades da realização de processos de construção compartilhada de conhecimentos frente à prática do enfermeiro instituída na ESF

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

São apontados pela autora:

Riscos:

Não oferece riscos aos participantes da pesquisa. Entretanto, no TCLE, existe os cuidados referentes a estes riscos.

Benefícios:

Pretende-se contribuir para a análise das práticas de enfermeiros na Estratégia de Saúde da Família do município do Rio de Janeiro.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa adequada e relevante que traria contribuições para a atenção primária.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Financiamento próprio

Cronograma OK

TCLE com todos os princípios necessários

Inclui um documento voltado ao direito de uso de imagem

Folha de rosto assinada pela diretora da FENF-UERJ

Apresenta a carta de ciência da coordenadora da Área Programática 5.3 do Município do Rio de Janeiro

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ªand. Cj 3018
Bairro: Maracanã CEP: 20.559-900
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2334-2180 Fax: (21)2334-2180 E-mail: etica@uerj.br

Continuação do Parecer: 1.607.786

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Ante o exposto, a COEP deliberou pela aprovação do projeto, visto que não foram observadas implicações éticas que impeçam a realização do mesmo.

Considerações Finais a critério do CEP:

Faz-se necessário apresentar Relatório Anual - previsto para junho de 2017. A COEP deverá ser informada de fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo, devendo o pesquisador apresentar justificativa, caso o projeto venha a ser interrompido e/ou os resultados não sejam publicados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_631500.pdf	18/05/2016 12:55:42		Aceito
Outros	Autorizacaoimagem.pdf	06/05/2016 14:57:54	Sonia Acioli	Aceito
Outros	Cartaautorizacaoapesquisadolocal.pdf	06/05/2016 14:56:38	Sonia Acioli	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_pendenciacep_2016.pdf	06/05/2016 14:53:54	Sonia Acioli	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_PROCIENCIA2015.pdf	26/11/2015 10:39:06	Sonia Acioli	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROCIENCIACompleto_Acioli_2015.pdf	26/11/2015 10:37:12	Sonia Acioli	Aceito
Folha de Rosto	FOLHADEROSTO_PLATAF_BRASIL_2015.pdf	26/11/2015 10:36:00	Sonia Acioli	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ªand. ☎ 3018
 Bairro: Maracanã CEP: 20.559-900
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)2334-2180 Fax: (21)2334-2180 E-mail: etica@uerj.br

UNIVERSIDADE DO ESTADO
DO RIO DE JANEIRO - UERJ



Continuação do Parecer: 1.807.788

RIO DE JANEIRO, 27 de Junho de 2016

Assinado por:
Patricia Fernandes Campos de Moraes
(Coordenador)

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ªand. ☎ 3018
Bairro: Maracanã CEP: 20.559-900
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2334-2180 Fax: (21)2334-2180 E-mail: etica@uerj.br

ANEXO B – Parecer Comitê de Ética SMS-RJ

SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DO RIO DE JANEIRO -
SMS/RJ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Práticas e saberes dos enfermeiros na Atenção Primária: Diálogos com a Educação Popular em Saúde e suas perspectivas teórico-metodológicas

Pesquisador: Sonia Adoll

Área Temática:

Versão: 4

CAAIE: 52512015.3.3001.5279

Instituição Proponente: RIO DE JANEIRO SEC MUNICIPAL DE SAUDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.704.479

Apresentação do Projeto:

1. Segunda reanálise de pendências apresentadas no Parecer Consubstanciado nº 2.692.775 de 05 de junho de 2016 emitido pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (CEP/SMS-RJ).
2. Reanálise de pendências apresentadas no Parecer Consubstanciado nº 2.550.367 de 19 de março de 2016 emitido pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (CEP/SMS-RJ).
3. Apresenta o parecer consubstanciado nº 2.392.315 de 22 de novembro de 2017 de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UERJ (CEP-UERJ), trata-se de um projeto que dá continuidade a um projeto inicial "Saberes e Práticas na Atenção Primária a Saúde: Diálogos entre usuários e profissionais de saúde no Estado do Rio de Janeiro". Entretanto na descrição não fica claro se é uma extensão ou uma emenda do projeto citado.
4. Protocolo de pesquisa da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) do tipo pesquisa-ação-participativa em saúde (PA/PS), visando analisar saberes e práticas, de caráter científico e popular, de profissionais de saúde (enfermeiros) e usuários dos serviços de saúde vinculados a APS no Rio de Janeiro.
5. A temática do estudo envolve a Atenção Primária a Saúde (APS), Estratégia de Saúde da Família (ESF), Enfermagem e Educação Popular em Saúde.
6. As estratégias metodológicas (métodos, técnicas e instrumentos) apresentadas são: análise

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar
Bairro: Centro CEP: 20.031-040
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO

SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DO RIO DE JANEIRO -
SMS/RJ



Continuação do Parecer: 2.704-679

documental, grupo focal, observação sistematizada e seminários.

7. A instituição coparticipante é Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS/RJ), por meio das Unidades de Saúde da Área Programática 5.3 (AP 5.3), que abrange os bairros de bairros Santa Cruz, Paciência e Sepetiba.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Construir, de forma compartilhada entre enfermeiros e usuários, projetos de atuação a partir da análise das práticas de enfermeiros na Estratégia de Saúde da Família de uma área de planejamento do município do Rio de Janeiro, orientados pelos eixos teórico-metodológicos presentes no campo da Educação Popular em Saúde.

Objetivos específicos:

1. Caracterizar as práticas desenvolvidas pelos enfermeiros na ESF em uma área de planejamento na perspectiva de enfermeiros e usuários;
2. Contextualizar as práticas desenvolvidas pelos enfermeiros em sua interação com os usuários na ESF, a partir do referencial teórico metodológico da Educação Popular em Saúde;
3. Definir com enfermeiros, as práticas a serem priorizadas na construção compartilhada dos projetos de atuação;
4. Desenvolver com enfermeiros, projetos de atuação através de processos de construção compartilhada de conhecimentos, considerando os saberes e práticas presentes na ESF;
5. Divulgar entre usuários, equipes de saúde da família e gestores os projetos de práticas compartilhadas construídos com vistas a contribuir para a construção de um manual de "boas práticas" de enfermeiros para a ESF no município do Rio de Janeiro;
6. Refletir os limites e potencialidades da realização de processos de construção compartilhada de conhecimentos frente à prática do enfermeiro instituída na ESF.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

1. Os riscos foram apresentados de forma genérica. É uma pesquisa tipo pesquisa-ação-participativa em saúde (PAPS). Envolve estratégias metodológicas (métodos, técnicas e instrumentos) como: análise documental, grupo focal, observação sistematizada e seminários. Requer uma descrição detalhada dos possíveis riscos e os procedimentos a serem tomados pelo pesquisador em relação aos riscos. Situação: **COM PENDÊNCIA** As considerações sobre os riscos e benefícios são imprescindíveis na análise ética.

Endereço: Rua Evandro da Veiga, 16, 4º andar
 Bairro: Centro CEP: 20.021-040
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)2215-1405 E-mail: cepama@rio.rj.gov.br

SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DO RIO DE JANEIRO -
SMS/RJ



Continuação do Parecer: 1.704.479

Outros	CartaAnuenciCAP.pdf	02:28:29	Sonia Acioli	Aceito
Orçamento	orcamentodetalhado.pdf	26/02/2018 02:20:34	Sonia Acioli	Aceito
Outros	Autorizacaomagem.pdf	06/05/2016 14:57:54	Sonia Acioli	Aceito
Outros	Cartaautorizacaopesquisadolocal.pdf	06/05/2016 14:56:38	Sonia Acioli	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_pendenciacep_2016.pdf	06/05/2016 14:53:54	Sonia Acioli	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_PROCIENCIA2015.pdf	26/11/2015 10:39:06	Sonia Acioli	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROCIENCIACompleto_ACIOLI_2015.pdf	26/11/2015 10:37:12	Sonia Acioli	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 11 de Junho de 2018

Assinado por:
Salecia Felipe de Oliveira
(Coordenador)