

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

ALLAN CORRÊA AIUB

**Educação Permanente em Saúde no processo de trabalho do
enfermeiro: concepções e resultados nos municípios pequeno
porte da DRS III – Araraquara – São Paulo**

RIBEIRÃO PRETO

2015

ALLAN CORRÊA AIUB

**Educação Permanente em Saúde no processo de trabalho do
enfermeiro: concepções e resultados nos municípios pequeno
porte da DRS III – Araraquara – São Paulo**

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para
obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de
Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública.

Linha de pesquisa: Práticas, Saberes e Políticas de Saúde

Orientador: Silvana Martins Mishima

RIBEIRÃO PRETO

2015

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Aiub, Allan Corrêa

Educação Permanente em Saúde no processo de trabalho do enfermeiro: concepções e resultados nos municípios pequeno porte da DRS III – Araraquara – São Paulo. Ribeirão Preto, 2015.

54 p. : il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP.
Área de concentração: Enfermagem Saúde Pública.

Orientador: Silvana Martins Mishima

1. Educação contínua. 2. Capacitação em serviço. 3. Sistema Único de Saúde. 4. Atenção Primária à saúde. 5. Trabalho de enfermagem.

AIUB, Allan Corrêa

Educação Permanente em Saúde no processo de trabalho do enfermeiro: concepções e resultados nos municípios pequeno porte da DRS III – Araraquara – São Paulo

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação Enfermagem Saúde Pública.

Aprovado em / /

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Dedico este trabalho, primeiramente, aos meus pais, Floripes e Gaspar, meus maiores incentivadores e apoiadores - são minhas referências sobre amor e dedicação.

À minha orientadora, Silvana, pelos quase 7 anos de muito aprendizado, respeito e exemplo.

À Juliana Pina, por estar do meu lado em todos os momentos desde percurso.

Às enfermeiras das unidades de saúde cenário desta investigação que se dispuseram a dividir seu universo de trabalho e conversar sobre o significado e como operam a Educação Permanente em Saúde.

AGRADECIMENTOS

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES pelo fomento recebido por meio da bolsa de demanda social.

Ao CNPq, processo nº 311219/2013-6, que possibilitou o apoio ao desenvolvimento da pesquisa.

À pós-graduação da EERP-USP, pela boa vontade ante a viabilização deste trabalho.

À graduação da EERP-USP, pelo seu enfoque e favorecimento das práticas acadêmico-científicas, que repercutem para formação de pesquisadores.

RESUMO

AIUB, A.C. **Educação Permanente em Saúde no processo de trabalho do enfermeiro: concepções e resultados nos municípios pequeno porte da DRS III – Araraquara – São Paulo.** 2015, 54 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

O presente estudo tem por objetivo identificar e analisar os conceitos e as práticas de Educação Permanente em Saúde (EPS) operados pelos enfermeiros nas unidades básicas de saúde em municípios de pequeno porte (até 20 mil habitantes), na região de abrangência da DRS III – Araraquara – SP. A EPS, política voltada ao desenvolvimento dos trabalhadores e instrumento de gestão no Sistema Único de Saúde (SUS), é alavancada pelos princípios da reforma sanitária que apresenta importante inflexão com a Constituição Federal de 1988, e segue em franca lapidação e desenvolvimento. A proposta da política nacional de EPS é efetuar relações orgânicas entre ensino, ações de saúde e serviços, e entre docência e atenção à saúde, entre formação e gestão setorial, desenvolvimento institucional e controle social em saúde, visando maior poder de resolução, satisfação e adaptação. Credita-se à EPS com sua lógica descentralizadora, ascendente, transdisciplinar e dado seu caráter flexível, ativo e didático, o favorecimento da capacidade de aprendizagem e enfrentamento criativo, cooperando com o desenvolvimento de competências bem como a modificação do meio no sentido da democratização institucional. Deseja-se, como consequência, a melhora da qualidade e do cuidado à saúde. Trata-se de estudo de caráter de abordagem qualitativa, sustentado pelos conceitos de EPS, com dados primários obtidos por meio de entrevista semiestruturada junto 32 enfermeiros das unidades básicas de saúde dos municípios com até 20 mil habitantes do DRS III- Araraquara, que somam 14 municípios. O estudo foi submetido a Comitê de Ética em Pesquisa. Na análise de conteúdo na vertente temática foram identificados quatro grandes temas: o que pensam os enfermeiros sobre a EPS; como articulam o conceito de EPS ao trabalho; o que fazem os enfermeiros para operacionalizar a EPS; a EPS no MPP: o ponto de vista dos enfermeiros. Credita-se ao estudo a possibilidade de identificar práticas de EPS que vem sendo desenvolvidas nos municípios e que possam subsidiar a ampliação das possibilidades de fortalecimento destas ações no conjunto dos municípios.

Palavras-chave: Educação Continuada, Capacitação em serviço, Sistema Único de Saúde, Atenção Primária à Saúde, Trabalho de enfermagem.

ABSTRACT

AIUB, AC. **Continuing healthcare education in nursing work process: concepts and results in small municipalities size of the DRS III - Araraquara - São Paulo.** 2015. 54 f. Thesis (MS) - Ribeirao Preto College of Nursing, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

This study aims to identify and analyze the concepts and practices of Continuing Health Education (EPS) operated by nurses in primary health care units in small towns (up to 20,000 inhabitants), in the coverage area of the DRS III - Araraquara - SP. The EPS, policy geared to the development of workers and management tool in the Unified Health System (SUS), is leveraged by the principles of health reform that presents important turning to the Federal Constitution of 1988 and follows in clear cutting and development. The proposal EPS national policy is making organic relationship between education and health programs and services, and between teaching and health care, including education and healthcare management, institutional development and social control in health, aiming higher resolving power, satisfaction and adaptation. Credits to the EPS with a decentralizing logic upward, transdisciplinary and given its flexible, active and didactic, favoring the learning ability and creative coping, cooperating with the development of skills and the means of modification towards institutional democratization. It is hoped, as a result, improved quality and health care. It is a qualitative approach to character study, supported by EPS concepts, with primary data obtained through interviews with semi-structured 32 nurses of basic health units of the municipalities with up to 20,000 inhabitants of the DRS III Araraquara, totaling 14 counties. The study was submitted to the Research Ethics Committee. In content analysis in the thematic side four major themes were identified: what they think nurses on EPS; articulate the concept of EPS to work; what do nurses to operate the EPS; EPS in MPP: the point of view of nurses. Credited to the study the possibility of identifying EPS practices that have been developed in the cities and that can support the expansion of possibilities of strengthening these actions in all the municipalities.

Keywords: Continuing Education, training in service, Unified Health System, Primary Health Care, nursing work.

RESUMEN

AIUB, AC. **Educación continua de la salud en el proceso de trabajo de enfermería: conceptos y resultados en municipios de pequeño tamaño del DRS III - Araraquara - São Paulo.** 2015. 54 f. Tesis (MS) - Escuela de Enfermería de Ribeirao Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

Este estudio tiene como objetivo identificar y analizar los conceptos y prácticas de Educación Continua de la Salud (EPS) operados por las enfermeras en las unidades de atención primaria de salud en las ciudades pequeñas (hasta 20.000 habitantes), en el área de cobertura de la DRS III - Araraquara - SP. El EPS, política orientada al desarrollo de los trabajadores y de la herramienta de gestión en el Sistema Único de Salud (SUS), es aprovechado por los principios de la reforma de salud que presenta importante giro a la Constitución Federal de 1988 y sigue en claro corte y el desarrollo clara. La propuesta EPS política nacional está haciendo relación orgánica entre los programas y servicios de educación y salud, y entre la enseñanza y la atención de la salud, incluida la educación y la gestión de la salud, el desarrollo institucional y el control social en salud, con el objetivo de más alto poder de resolución, la satisfacción y la adaptación. Créditos a la EPS con una lógica descentralización hacia arriba, transdisciplinario y dada su flexibilidad, activa y didáctica, favoreciendo la capacidad de aprendizaje y de afrontamiento creativo, que coopera con el desarrollo de las habilidades y los medios de modificación hacia la democratización institucional . Es de esperar, como resultado, la mejora de la calidad y la atención de salud. Se trata de un estudio com enfoque cualitativo apoyado por los conceptos de EPS, con los datos primarios obtenidos a través de entrevistas semi-estructuradas con 32 enfermeros de unidades básicas de salud de los municipios con hasta 20.000 habitantes del DRS III Araraquara, en un total de 14 municipios. El estudio fue presentado a la Comisión de Ética de la Investigación. En el análisis de contenido, en la parte temática fueron identificado cuatro grandes temas: lo que piensan las enfermeras, que articulan el concepto de EPS al trabajo y la forma de operar la EPS; EPS en MPP: el punto de vista de las enfermeras. Abonan en el estudio de la posibilidad de identificar prácticas de EPS que se han desarrollado en las ciudades y que pueden apoyar la expansión de las posibilidades de reforzar estas acciones en todos los municipios.

Palabras clave: Educación Continua, capacitación en servicio, Sistema Único de Salud, Atención Primaria de la Salud, de trabajo de enfermería.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1. Mapa da Região do DRS III - Araraquara com suas regiões de saúde e municípios. Ribeirão Preto, 2015	23
Quadro1. Distribuição dos municípios com menos de 20.000 habitantes por região de saúde, número de unidades e de enfermeiros. Ribeirão Preto, 2015	25

LISTA DE SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
AB	Atenção Básica
DRS	Departamento Regional de Saúde
DRS-X\III	Departamento Regional de Saúde III
EC	Educação Continuada
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MPP	Municípios de Pequeno Porte
OMS	Organização Mundial da Saúde
PACS	Programa de Agente Comunitário de Saúde
PMAQ	Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade Saúde da Família

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	12
1 INTRODUÇÃO.....	14
1.1 Algumas considerações sobre o tema.....	14
1.2 Um pouco sobre a Educação Permanente em Saúde.....	16
1.3 Justificativa.....	19
2 OBJETIVO.....	22
3 PERCURSO METODOLÓGICO.....	23
4 A EPS NOS MPP - RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	28
4.1 O que pensam os enfermeiros sobre a EPS.....	28
4.1.1 EPS como sinônimo de EC.....	28
4.1.2 As contradições identificadas.....	29
4.1.3 Compreensão da proposta indicando possibilidades na qualificação da atenção?.....	30
4.2 Como os enfermeiros articulam o conceito em sua prática?.....	32
4.2.1 Dificuldades enfrentadas.....	32
4.2.2 A capacitação para EPS.....	33
4.2.3 Facilitadores de EPS.....	35
4.3 O que fazem os enfermeiros para operacionalizar a EPS.....	36
4.3.1 Produtos do trabalho de EPS.....	36
4.3.2 A descontinuidade dos processos nos municípios.....	36
4.3.3 Papel do enfermeiro.....	38
4.4 A EPS no MPP: o ponto de vista dos enfermeiros.....	39
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	41
REFERÊNCIAS.....	43
APÊNDICE.....	48
ANEXO.....	52

APRESENTAÇÃO

A aproximação com a temática desta investigação teve início ainda na graduação, quando tive a oportunidade de me integrar a um projeto de pesquisa que contava com a participação de pesquisadores vinculados à Universidade de São Paulo (Escola de Enfermagem, Faculdade de Medicina, Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto), à Universidade Federal de São Carlos, por meio do Centro de Ciências da Saúde (curso de enfermagem e medicina) e Departamento Regional de Saúde III – Araraquara.

Este projeto intitulado *Projeto de Educação Permanente em Saúde de fortalecimento da atenção básica nos municípios do Departamento Regional de Saúde (DRS III) Araraquara: Análise e perspectivas* recebeu financiamento do Programa de Pesquisa para o SUS, PPSUS- FAPESP, e à época possibilitou que como bolsista de iniciação científica, eu pudesse a ter uma aproximação ao tema da Educação Permanente em Saúde e a convivência com este grupo multiprofissional e interinstitucional de pesquisadores.

Esta experiência me oportunizou participar de diferentes etapas do projeto, com a discussão conceitual, aproximação aos aspectos metodológicos, coleta e análise de dados. Já no mestrado, pude aprofundar, com parte destes pesquisadores os resultados de meu relatório de pesquisa, e o artigo¹ foi publicado em 2015 trazendo a análise dos gestores em relação à Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

No mestrado, incitado pelos achados da pesquisa sobre EPS, detive meu olhar para a enfermagem, uma vez que muitas vezes é o enfermeiro que desenvolve as atividades de educação permanente nos serviços de saúde.

Adicionada a esta questão, a ideia de pesquisar a EPS nos pequenos municípios também foi extremamente motivadora, dado que a maioria dos municípios brasileiros se enquadra nesta categoria, ou seja, apresentam menos de 10.000 habitantes.

A continuidade da abordagem no tema, mas agora com o recorte voltado para um grupo profissional específico – enfermeiros, em pequenos municípios, pode possibilitar a identificação de elementos importantes para a consolidação da Política Nacional de Educação Permanente em outros espaços.

¹ MISHIMA, S.M.; AIUB, A.C.; RIGATO, A.F.G.; FORTUNA, C.M.; MATUMOTO, S.; OGATA, M.N.; SILVA, M.V.; NOGUEIRA, A.C.. Managers' perspective on continuous health education in a region of São Paulo State. Revista da Escola de Enfermagem da USP. 2015; 49(4): 665-673.

Desta forma, esta pesquisa que tem por objetivo *investigar de que maneira os enfermeiros das unidades básicas de saúde dos municípios de pequeno porte compreendem, articulam e operacionalizam as práticas da EPS como resposta às ações de Educação Permanente em Saúde implementadas pelo nível regional no território do DRS III - Araraquara-SP.*

Na primeira parte deste estudo, o tema é exposto e contextualizado, apresentando o conceito da EPS e algumas de suas bases epistemológicas; seus fundamentos, quais questões buscam solucionar e quais deficiências deflagram tal abordagem sobre o trabalho. Apreciamos a abordagem e as vias de se operacionalizar a política no Sistema Único de Saúde (SUS), sua legislação e sua inflexão na Atenção Básica.

Também trazemos a fundamentação para a escolha dos Municípios de Pequeno Porte e suas peculiaridades; o papel do enfermeiro diante das demandas da AB e como a EPS pode qualificar sua tanto sua atuação quanto o serviço de maneira integral.

Na segunda parte, o objetivo é trazido e, posteriormente, na quarta parte do estudo, explicitamos o tipo de estudo, identificamos, apresentamos e caracterizamos a região circunscrita, na qual estão os MPP em questão; apresentamos os critérios utilizados para a escolha dos sujeitos entrevistados e as questões referentes ao percurso da coleta de dados e sua análise.

Por fim, os resultados da pesquisa são apresentados, agrupados em temas, problematizados e discutidos à luz das referências e evidências que permeiam as questões que mobilizaram esta pesquisa.

Finalmente, apresentamos as considerações finais do estudo e esperamos que os achados possam colaborar para o desenvolvimento da EPS nos MPP.

1 INTRODUÇÃO

1.1 Algumas considerações sobre o tema

Na sociedade contemporânea, o modelo de organizar o trabalho, formar o trabalhador e articular a demanda, carrega traços advindos do modelo de produção fordista, no qual o trabalhador assume o papel de engrenagem morta/viva na linha de produção, completamente substituível e mecanizada, desprovida de poder decisório, resolutivo ou autonômico, e a demanda equilibra-se na tênue linha que mescla o universo das particularidades e o poder de massificação da sociedade de consumo. Após a revolução industrial, o ensino tem seu foco voltado para a formação profissional, visando capacitação e preparo dos que, no futuro, serão parte do mercado de trabalho. Para atingir este objetivo o saber técnico é priorizado, ou seja, conteúdos tecnicistas, fragmentados e especializados (BRASIL, 2001; DELUIZ, 2001; MISHIMA et al, 2015).

Em diversos setores e instituições, tais como nos serviços de saúde, este modelo tradicional mostra-se pouco resolutivo frente às necessidades e peculiaridades do trabalhador e do usuário, posto que, da mesma maneira que produz trabalhadores alienados, separando a prática da lucidez contextualizada, também perpassam por suas falhas, repetidamente, os mesmos problemas. Por se tratarem “de modelos essencialmente conservadores, centrados em aparelhos e sistemas orgânicos e tecnologias altamente especializadas, dependentes de procedimentos e equipamentos de apoio diagnóstico e terapêutico” (CECCIN; FEUERWERKER, 2004, p.47), são pouco flexíveis e carentes de atenção aos aspectos subjetivos, territoriais e contextuais, e este engessamento dificulta sua otimização (BRASIL, 2001).

É neste cenário que se dá a proposta descentralizadora no Brasil, presente na constituição e implementação do Sistema Único de Saúde - SUS, com a conformação mais recente de políticas de fortalecimento da atenção básica.

Com o advento do SUS, os municípios passam a, minimamente, responder totalmente pela Atenção Básica (BRASIL, 1996, 2001, 2012), incumbidos, portanto, de maiores responsabilidades administrativas e maiores demandas de competências para atender necessidades das pessoas no território sob sua responsabilidade.

Os Municípios de Pequeno Porte (MPP), que outrora contavam com escassos espaços/serviços - ou nenhum, passam a ser cobrados a desenvolver, com autonomia, políticas

como a Estratégia Saúde da Família. A capacidade para gerenciar, organizar e referenciar-se dentro do SUS passa a ser uma nova demanda; para alguns municípios, notadamente os de pequeno porte, trata-se de um desafio ainda a ser superado (BRASIL, Ministério das Cidades, s/d; BUENO, 2014).

Os municípios de pequeno porte somam 4.485 municípios no Brasil, representando 73% destes, sendo que 80% destes tem menos de 50 mil habitantes² (BRASIL, Ministério das Cidades s/d), e 63,6% para o estado de São Paulo. Este dado é tomado como de grande importância, visto que a conformação de ações e políticas específicas se darão nestes espaços. Assim, é relevante o desenvolvimento de investigações nesses locais específicos, principalmente ao se verificar ainda a carência de produção científica que enfoque as necessidades destes pequenos municípios.

Neste contexto da reorganização do sistema de saúde brasileiro, a Atenção Básica assume o papel central, considerando sua atribuição de porta de entrada preferencial no sistema de saúde, seu caráter coordenador do fluxo na rede de saúde, a complexidade inerente às situações e agravos aí presentes (BRASIL, 2012), indica-se a necessidade da revisão do processo de trabalho aí desenvolvido (FRANCO; MERHY, 2003). Isto porque as práticas em saúde e em enfermagem na Atenção Básica sofrem novas, maiores e mais complexas exigências, vislumbram ferramentas de produção de cuidado e de gerenciamento de equipe que assegurem a coesão do processo de trabalho junto das diretrizes e princípios do SUS, assim como com as diretrizes operacionais do Pacto pela Saúde e as regulamentações posteriores (WEIRICH, FÁTIMA, MISHIMA, BEZERRA, 2009, BRASIL, 2012). Deste contexto emergem, pois, questões que visam aprimorar as relações de trabalho, viabilizando a qualificação da atenção à saúde, fortalecendo o poder resolutivo da atenção básica.

Os reflexos da construção de uma adequada interação entre os profissionais da equipe de saúde conjoinam na qualidade do cuidado prestado e a qualidade deste cuidado é uma das vias de fortalecimento do SUS.

A falta de qualidade do serviço de saúde reverbera de distintas formas, como, por exemplo, na múltipla utilização dos serviços de saúde pelo usuário, na insatisfação do usuário (GAIOSO, MISHIMA, 2007, CAMPOS, 2011; PAULA, 2011), que por sua vez, também modifica sua forma de se relacionar com a rede, com a unidade de saúde, com a equipe de saúde e com a própria maneira de vivenciar os níveis de atenção (MISHIMA *et al*, 2010, PAULA, 2011). Não obstante, a concepção acerca da qualidade da atenção, por vezes,

² http://portal.cnm.org.br/sites/8800/8875/download/2_dia/PlanoDiretoremMunicipiosdepequenoporte_Modificada.pdf Acesso em setembro de 2014.

também é obscura aos membros das equipes de saúde, faltando-lhes aporte teórico e prático, e neste sentido, estratégias de qualificação da atenção à saúde tem sido objeto de discussão e implementação pelo Ministério da Saúde, e nesta perspectiva a Política de Educação Permanente em Saúde se coloca, também, para buscar suprir esta demanda (BOSI *et al*, 2010).

1.2 Um pouco sobre a Educação Permanente em Saúde

A Educação Permanente em Saúde (EPS), proposta presente na formação do SUS, é alavancada pelos princípios da reforma sanitária que apresenta importante inflexão com a Constituição Federal de 1988, e ainda segue em franca lapidação e desenvolvimento. A proposta da Política Nacional de EPS, formulada em 2004, se volta a efetuar relações orgânicas entre ensino e as ações e serviços, e entre docência e atenção à saúde, entre formação e gestão setorial, desenvolvimento institucional e controle social em saúde (BRASIL, 2006a), visando maior poder de resolução, satisfação e adaptação dos serviços de saúde.

Credita-se à EPS e sua lógica descentralizadora, ascendente, transdisciplinar e dado seu caráter flexível, ativo e didático, o favorecimento da capacidade de aprendizagem e enfrentamento criativo, cooperando com o desenvolvimento de competências bem como a modificação do meio no sentido da democratização institucional (BRASIL, 2006a).

Neste processo a consequência esperada seria a desejada melhora da qualidade do cuidado à saúde, “o constituir de práticas técnicas críticas, éticas e humanísticas [...], por meio da releitura do propósito científico, reconciliando-o com a “arte da alteridade”, fazendo da ciência um dos apoios às práticas humanizadas, reconfigurando a formação e propósito dos trabalhadores da saúde” (CECCIN, FEUERWERKER, 2004).

A EPS propõe a conscientização e envolvimento da equipe de saúde para que esta mude a maneira de vivenciar o trabalho, atuando e colaborando ativamente junto do ambiente de trabalho, assumindo a responsabilidade da problematização e gerenciamento dos entraves ali presentes.

Assim, todos são sujeitos e aprendizes criando possibilidades para nova conformação das relações de poder no grupo. Se formos atores ativos das cenas de formação e trabalho (produtos e produtores das cenas em ato), os eventos em cena podem nos produzir diferença,

nos afetam, nos modificam, produzindo abalos em nosso “ser sujeito”, colocando-nos em permanente produção. Ao assumir esta abordagem, o trabalhador deixa de se encarar como mero “recurso” para se perceber relevante frente às possibilidades no seu arredor (CECCIN, FEUERWERKER, 2004). Tal abordagem traz à tona problemas peculiares cujas soluções exigem a mesma peculiaridade, ou seja, medidas de larga escala não abrangem problemas orgânicos pontuais, e justamente nesta esfera a educação permanente intervém.

O termo EPS, difundido pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS), a partir da década de 70 (LOPES, 2007; BRASIL, 2009), reconstrói o conceito e orientação da educação no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho nos diferentes serviços, cuja finalidade é melhorar a saúde da população, a partir de uma análise dos determinantes sociais e econômicos, ao transformá-los em sujeitos quando colocados no centro do processo de ensino/aprendizagem; com base na premissa pedagógica da aprendizagem significativa e de problematização do processo de trabalho, com o objetivo de transformação das práticas e da organização do trabalho, por meio da auto-gestão, auto-avaliação, propostas e soluções para os problemas identificados (HADDAD, ROSCHKE, DAVINI, 1994; BRASIL, 2009; PINTO *et al* 2010).

Segundo o Ministério da Saúde a

Educação Permanente constitui-se no processo de permanente aquisição de informações pelo trabalhador, de todo e qualquer conhecimento, por meio de escolarização formal ou não formal, de vivências, de experiências laborais e emocionais, no âmbito institucional ou fora dele. Compreende a formação profissional, a qualificação, a requalificação, a especialização, o aperfeiçoamento e a atualização. Tem o objetivo de melhorar e ampliar a capacidade laboral do trabalhador, em função de suas necessidades individuais, da equipe de trabalho e da instituição em que trabalha (BRASIL, 2005. 32p).

Diferencia-se dessa forma da Educação Continuada (HADDAD, ROSCHKE, DAVINI, 1994; CECCIN, FEUERWERKER, 2004 CECCIN, 2005; FARIA, 2008, PEDUZZI *et al*, 2009, MISHIMA *et al*, 2015), que tem o objetivo de atualizar conhecimentos técnico-científicos, voltados a profissionais específicos de acordo com o conhecimento a ser transmitido e utilizado para ajustar esses profissionais as suas respectivas atividades nos serviços, realizado após a formação acadêmica, ignorando a conexão entre prática e o saber e desconsiderando a característica de equipe. Utiliza uma lógica descendente para definir temas e conteúdos a serem trabalhados em forma de cursos, treinamentos e capacitações padronizados com cargas horárias e dinâmicas educativas definidas, a partir de uma leitura geral dos problemas e não dos levantados localmente (FARIA, 2008, BRASIL, 2009).

A EPS é o conceito pedagógico que busca novos modos de ensinar e aprender, por meio da aprendizagem significativa para efetuar relações orgânicas entre ensino, docência e as práticas, ações, serviços e atenção à saúde, incorporando o ensino e o aprendizado à vida cotidiana do serviço e de seus profissionais, por meio de um processo de trabalho interdisciplinar e multiprofissional, visando à construção e organização da educação na saúde, utilizando do conceito de quadrilátero de formação para a saúde pelo ensino, gestão, atenção e controle social (CECCIN, FEUERWERKER, 2004; BRASIL, 2009), busca-se articulá-los para operacionalizar os princípios e diretrizes que embasam o modelo assistencial escolhido, assim como o sistema de saúde em construção.

Cabe destacar, contudo, que embora distintos são conceitos que podem apresentar em sua operacionalização, articulação necessária que potencialize a ação de reformulação das práticas de saúde, alinhadas as premissas e diretrizes do SUS.

A expectativa no desenvolvimento da EPS é de que possa ser desenvolvida a partir de ações alicerçadas na concepção de aprendizagem significativa, e que a análise dos problemas/situações que necessitam ser enfrentados no cotidiano seja desenvolvida na interlocução dos distintos sujeitos que transitam os espaços dos serviços de saúde (MISHIMA *et al.*, 2015).

Deve-se, entretanto, considerar que este processo não se dá de forma isolada dos contextos macroestruturais, pois a EPS sempre será operada “na micropolítica do processo de trabalho, e, nesse sentido, envolve o nível mola (macro) e molecular (micro) não como opostos, mas como expressão no cotidiano de políticas, economias, desejos e formas de andar a vida.” (MISHIMA, *et al.*, 2015, p.666)

A implementação de ações de EPS é orientada e estimulada pelo Estado sendo de responsabilidade do SUS “ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde”, conforme artigo 200 (III) da Constituição Brasileira de 1988 (BRASIL, 1988), e neste sentido, a existência da Política Nacional de EPS pode favorecer o cumprimento desta diretriz constitucional.

Na Portaria GM/MS n 1.996, de 20 de agosto de 2007 (BRASIL, 2007), estão as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Nela são contemplados vários aspectos, desde a distribuição orçamentária até formação de Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES), papel dos Colegiados de Gestão Regional e integração entre instituições de ensino e serviços de saúde.

Cabe salientar que, a produção científica referente a práticas de EPS aumentou consideravelmente no período que sucede a portaria nº 198/GM, em 13 de fevereiro de 2004 até os dias atuais, e ainda, mesmo após a publicação da portaria GM/MS 1.966/07 que reatualiza esta política, identifica-se a incipiência de estudos científicos que abordem aspectos relacionados à EPS, em especial análises da intervenção em espaços específicos, assim como aqueles que exploram a perspectiva assumida pelos agentes envolvidos no processo de tomada de decisão.

Nesse sentido, os resultados aqui apresentados podem colaborar com as reflexões sobre a qualificação da atenção, as dificuldades e as potencialidades dos processos a partir de análises e de experiências que emergem das práticas de EPS nos espaços locais, contribuindo para o fortalecimento do SUS (BRASIL, 2004a, BRASIL 2004b; FERRAZ *et al*, 2012; MATUMOTO *et al*, 2015).

1.3 Justificativa

Considerando estes aspectos, torna-se relevante lançar um olhar para as iniciativas desencadeadas em diferentes níveis decisórios acerca das ações de EPS, sendo este o foco do presente estudo, ou seja, olhar para o processo desencadeado na região de Araraquara – São Paulo, no espaço específico do Departamento Regional de Saúde III (DRS III), onde ocorrem importantes processos de EPS junto às equipes da Atenção Básica (MISHIMA *et al*, 2012; MISHIMA *et al*, 2015, MATUMOTO *et al*, 2015).

Uma das experiências desencadeadas pelo DRS III – Araraquara foi o Projeto de Educação Permanente em Saúde intitulado "Fortalecimento da Atenção Básica: reorganizando as práticas de atenção e gestão", desenvolvido na região de abrangência do Departamento Regional de Saúde III (DRS III) de Araraquara - São Paulo. O projeto envolveu vinte e quatro municípios e cento e dez trabalhadores de diferentes formações e foi construído a partir de demandas dos gestores do Departamento Regional de Saúde III de Araraquara - DRS III. Foi desenvolvido pela equipe do Centro de Desenvolvimento e Qualificação para o SUS (CDQ-SUS) por meio do Núcleo de Educação Permanente (NIS) que coordena as demandas de educação permanente pactuadas nos respectivos Colegiados de Gestão Regional. O objetivo do projeto foi proporcionar, por meio de espaços de discussões e problematizações de diversos temas relacionados ao SUS, a construção de soluções para os processos de trabalho,

utilizando ferramentas das Políticas de EPS e de Humanização (MISHIMA *et al*, 2012; MISHIMA *et al*, 2015).

Outra experiência presente na região, consolidada em decorrência de projetos de intervenção com auxílio do Programa PPSUS-FAPESP foi a pesquisa-intervenção “*O processo de implantação da rede de atenção à saúde materno infantil no DRS III de Araraquara: a atenção básica como ordenadora da atenção em rede*” (MATUMOTO *et al*, 2015), que teve por objeto a rede de atenção à saúde materno infantil em processo de implantação no Departamento Regional de Saúde de Araraquara (DRS III), em suas quatro regiões de saúde, a partir da problemática emergente no processo de pactuação regional para atender às necessidades dos municípios de implementar ações necessárias a impactar o quadro de morbimortalidade materno infantil presente na região. O objetivo desta intervenção foi acompanhar e analisar o processo de implantação da rede de atenção à saúde materno infantil no DRS III de Araraquara, tendo a atenção básica como ordenadora da atenção” (MATUMOTO *et al*, 2015).

Adicionalmente, considerando o papel que vem sendo desenvolvido pelo enfermeiro em muitos municípios de pequeno porte, como gerente de unidades básicas, em colaboração com a gestão e desenvolvimento de ações da Atenção Básica, suas competências são colocadas à prova. Dentre estas, aquelas expressas por seus desempenhos na negociação, articulação e facilitação dos processos que envolvem a equipe, e neste sentido a EPS se coloca como possibilidade frente ao propósito de aprimoramento do processo de trabalho das equipes, compreendendo tal processo como integrador entre objeto, instrumentos e produto do trabalho.

Uma vez incumbido do papel gerencial, ao enfermeiro compete além da coordenação e controle, também a mobilização dos trabalhadores a fim de que o citado processo de trabalho em saúde culmine na produção de serviços que atendam e suplantem as necessidades do território; caminho intimamente ligado aos incentivos que figuram nas políticas do SUS (MISHIMA, 2003).

Desta forma, ante o papel gerencial do enfermeiro, na relação que institui no desenvolvimento das ações junto à equipe de enfermagem e de saúde, é relevante esmiuçar seu entendimento sobre EPS; como aplicou e vivenciou tal conceito; investigar se os enfermeiros produziram ações que avançam na sua própria qualificação e da equipe, contribuindo para o aprimoramento da atenção prestada, e como as peculiaridades dos municípios de pequeno porte (MPP) podem favorecer ou prejudicar neste processo. Portanto, como se deu e se vivenciou, sob o olhar dos enfermeiros de unidades básicas de saúde dos MPP, a implantação da EPS.

Espera-se que os achados no decorrer desta investigação colaborem para identificar as fraquezas e potencialidades dos processos de implementação da EPS, notadamente sua reverberação nos municípios de pequeno porte (MPP), a fim de favorecer o aprimoramento para novas abordagens, colaborando, pois, com a assertividade dos futuros projetos de EPS desenvolvidos em regiões ainda não contempladas com tais práticas ou o aprimoramento dos já postos em prática.

2 OBJETIVO

Considerando o conjunto de elementos apontados, o objetivo central desta pesquisa é *investigar de que maneira os enfermeiros das unidades básicas de saúde dos municípios de pequeno porte compreendem, articulam e operacionalizam as práticas da EPS como resposta às ações de Educação Permanente em Saúde implementadas pelo nível regional no território do DRS III - Araraquara-SP.*

3 PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de uma pesquisa de caráter exploratório-descritivo, de abordagem qualitativa realizada na região de abrangência do Departamento Regional de Saúde III de Araraquara (DRS III), que está localizada na região nordeste do estado de São Paulo - Brasil. A sede do DRS III é o próprio município de Araraquara, e a região compreende vinte e quatro municípios (Américo Brasiliense, Araraquara, Boa Esperança Do Sul, Borborema, Cândido Rodrigues, Descalvado, Dobrada, Dourado, Gavião Peixoto, Ibaté, Ibitinga, Itápolis, Matão, Motuca, Nova Europa, Porto Ferreira, Ribeirão Bonito, Rincão, Santa Ernestina, Santa Lúcia, São Carlos, Tabatinga, Taquaritinga, Trabiçu).

Esses vinte e quatro municípios estão divididos em quatro Regiões de Saúde, conformando quatro Colegiados de Gestão Regional (CGR), definidos de acordo com os critérios definidos no Pacto Pela Saúde e de suas regulamentações posteriores (BRASIL, 2006c, 2006d, 2011, 2014).

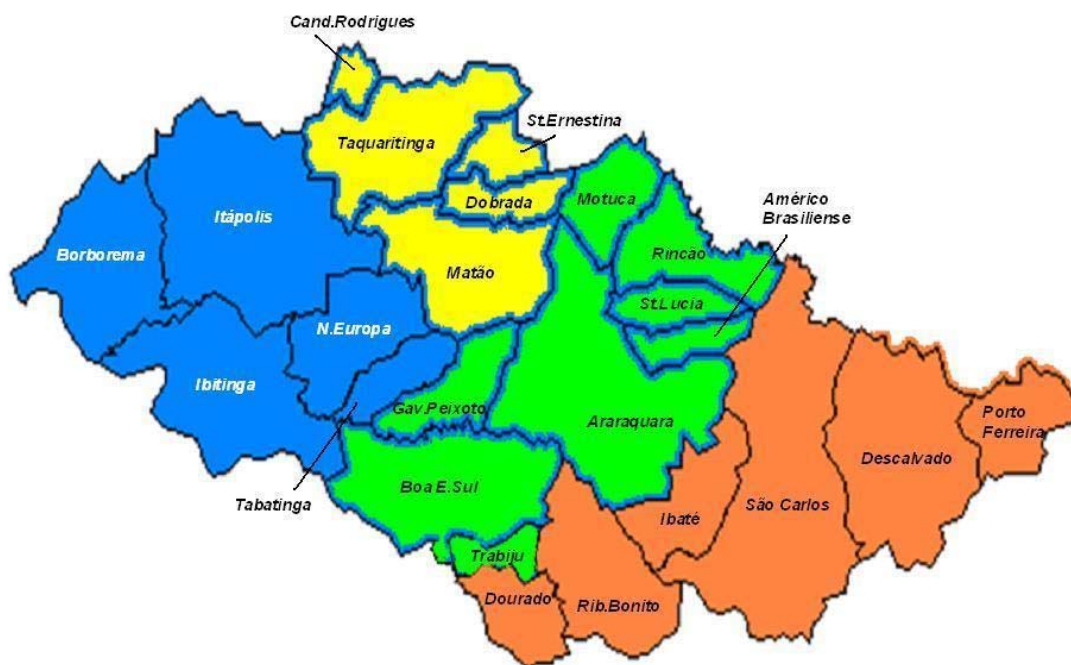


Figura 1. Mapa da Região do DRS III - Araraquara com suas regiões de saúde e municípios. Ribeirão Preto, 2015

Nestas regiões de Saúde, os municípios que as compõem apresentam características mais homogêneas do ponto de vista sanitário, características populacionais, epidemiológicas, culturais, econômicas, e apresentam um quantitativo populacional nem sempre homogêneo.

Neste estudo, considera-se como cenário para a pesquisa os municípios de pequeno porte da região do DRS III, ou seja, aqueles com até 20 mil habitantes. Portanto, este estudo investiga os seguintes 14 municípios do DRS III que, segundo o IBGE 2010, contam com população de até 20 mil habitantes.

- **Região Central:** Boa Esperança do Sul, Motuca, Rincão, Santa Lúcia, Trabiju e Gavião Peixoto.
- **Região Centro-Oeste:** Borborema, Nova Europa e Tabatinga.
- **Região Norte:** Cândido Rodrigues, Dobrada, Santa Ernestina.
- **Região Coração:** Dourado, Ribeirão Bonito.

Ainda, a distribuição espacial dos serviços de saúde organizados por nível de complexidade, faz das Unidades Básicas destes municípios de pequeno porte - MPP, poderosas maquinarias sociais, uma vez que são as principais e, por vezes, as únicas vias de acesso aos serviços de saúde nestes municípios. Desta forma, pretende-se lançar o olhar sobre um dos operadores da atenção à saúde, que assume importância considerável na organização dos serviços, os enfermeiros.

Os **dados primários** foram obtidos por meio de entrevista semiestruturada junto aos enfermeiros das unidades de saúde dos 14 municípios com até 20 mil habitantes das 4 Regiões de Saúde.

Obteve-se também, dados sobre o número de unidades de saúde e de enfermeiros em cada município através do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

Quadro1. Distribuição dos municípios com menos de 20.000 habitantes por região de saúde, número de unidades e de enfermeiros. Ribeirão Preto, 2015

Município	População (IBGE 2010)	Unidades Básicas	Enfermeiros
Região Central			
Boa Esperança Do Sul	13.645	4	13
Motuca	4.290	2	5
Rincão	10.414	2	8
Santa Lúcia	8.248	2	4
Trabiju	1.544	1	2
Gavião Peixoto	4.429	3	4
Região Centro-oeste			
Borborema	14.529	5	14
Nova Europa	9.300	4	9
Tabatinga	14.686	4	12
Região Norte			
Cândido Rodrigues	2.668	1	4
Dobrada	7.939	1	6
Santa Ernestina	5.568	1	7
Região Coração			
Dourado	8.609	3	8
Ribeirão Bonito	12.135	4	12
Total de Unidades de Saúde e de Enfermeiros		37	108

Para o desenvolvimento da pesquisa, esta foi inicialmente apresentada à Direção do Departamento Regional de Saúde III – Araraquara (DRS III) e, posteriormente, apresentada aos secretários municipais de saúde. Assim, houve a anuência de todos os municípios, por meio desta prévia apresentação do estudo, e realizado o contato com os enfermeiros das unidades, sendo entrevistado um profissional por serviço de saúde, abrangendo a totalidade das unidades básicas de saúde dos municípios.

Cabe ressaltar que, nas unidades de saúde com mais de um enfermeiro, adotou-se o critério de entrevistar o profissional com maior tempo de serviço na unidade de saúde, dado que este em tese teve um conjunto de experiências mais diversificadas em relação ao processo de formação em serviço e de ações de educação permanente em saúde.

Das 37 entrevistas previstas, tendo como base os dados do CNES e os critérios deste estudo, foram realizadas 32, dado que durante o período da realização das entrevistas, 4 profissionais encontravam-se afastados por férias ou licença maternidade e 1 havia se ausentado no dia combinado para a entrevista. Mesmo considerando as 5 entrevistas não efetivadas, foram entrevistados, *in loco*, sujeitos em todos os 14 municípios propostos, totalizando 525 minutos de gravação. Todos os enfermeiros localizados em serviço concordaram em participar do estudo, e o período de coleta de dados foi de fevereiro a abril de 2015.

A entrevista semiestruturada é entendida como aquela técnica que parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias que interessam não só à pesquisa como também oferecem ao entrevistado a oportunidade de participar na elaboração do conteúdo da mesma. Isto se dá, pois o contato do pesquisador com os sujeitos permite que a estrutura direcione o foco, porém com a liberdade de inclusão das experiências e vivências do entrevistado sobre o tema (TRIVIÑOS, 2007, p.146).

Para a realização das entrevistas foi estruturado um roteiro que além da identificação do enfermeiro (idade, sexo, cargo ocupado, tempo de formado, tempo na função, experiência anterior), voltado a aspectos que dizem respeito à compreensão das atividades de educação permanente no desenvolvimento de seu trabalho da atenção básica, ações propostas e desenvolvidas (APÊNDICE 1).

As entrevistas foram realizadas pelo pesquisador, gravadas digitalmente após consentimento dos sujeitos e posteriormente transcritas para análise. Coube ao pesquisador a revisão do material transcrito, de forma a verificar e corrigir o produto das transcrições. Os profissionais entrevistados e seus respectivos municípios foram identificados com codinomes compostos pela combinação de quatro letras (ABCD), designados de maneira randômica, de modo a preservar a identidade dos participantes, garantindo o sigilo nos procedimentos éticos da pesquisa.

Para tanto o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo conforme determina a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, e atualizada pela Resolução 466, de Dezembro de 2012, tendo sido aprovado sob o parecer nº 951.938 da instituição proponente EERP-USP, em 10/02/2015 (Anexo 1).

Cabe ressaltar, que o projeto também foi apresentado às instâncias específicas do DRS III e Comissão de Integração Ensino Serviços (CIES), instâncias que reúnem representantes das Regiões de Saúde, cenário da pesquisa. Para a coleta dos dados primários junto aos

sujeitos da pesquisa, solicitou-se dos mesmos, a assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (Apêndice 2) após a apresentação do projeto e esclarecimentos acerca de sua participação e adesão voluntária.

Para a análise dos dados primários foi realizada a análise de conteúdo em sua modalidade temática, que segundo Minayo (MINAYO, 2010. p. 86) engloba o desenvolvimento de três etapas fundamentais para sua operacionalização.

A pré análise é a primeira etapa e consiste na escolha dos documentos a serem analisados, na retomada das hipóteses e dos objetivos iniciais da pesquisa, o que permite, frente ao material coletado, a revisão das hipóteses e dos objetivos da investigação. Para a etapa de pré análise se desenvolve a *leitura flutuante*, ou seja, a tomada de contato exaustivo com o material; a *constituição do corpus*, que consiste na organização do material para análise de forma que este possa responder a algumas normas de validade como a exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência e a *formulação de hipóteses e objetivos*. É nessa etapa que se define a unidade de registro a ser utilizada, podendo ser uma palavra, uma frase, um tema, um personagem ou até mesmo um acontecimento. A exploração do material é a etapa seguinte e consiste na operação de codificação, a partir do recorte do texto nas unidades de registro, da escolha das regras de contagem ou de classificação dos dados, da classificação e/ou contagem dos dados, e finalmente o tratamento dos resultados obtidos e interpretação, que devem ir além das operações estatísticas, trabalhando com significados emergentes dos dados em lugar de inferências estatísticas.

Para Minayo (MINAYO, 2010) este conjunto de procedimentos permite a análise das entrevistas buscando-se as convergências, divergências e as respostas inusitadas constantes das respostas dos sujeitos às questões formuladas.

Assim, considerando este processo, 4 temas foram identificados: o que pensam os enfermeiros sobre a EPS; como articulam o conceito de EPS ao trabalho; o que fazem os enfermeiros para operacionalizar a EPS; a EPS no MPP: o ponto de vista dos enfermeiros. Embora apresentados separadamente, é importante destacar que estes estão o tempo todo articulados, dado que esta separação trata-se apenas de um recurso de abstração, pois na realidade analisada apresenta-se sempre em movimento.

4 A EPS NOS MPP - RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram sujeitos da pesquisa, um grupo de enfermeiros bastante heterogêneo, composto por 32 profissionais atuantes nos 14 municípios de pequeno porte da região do DRS III de Araraquara.

Deste grupo, 3 (9,37%) são do sexo masculino, reproduzindo os dados encontrados para o país da presença ainda maciça de profissionais do sexo feminino nos serviços de saúde.

Este grupo apresenta uma variação das idades entre os 23 aos 54 anos. Em relação ao tempo de serviço no município, foram encontrados profissionais recém-contratados com 2 meses de vínculo, até aqueles com 34 anos de vínculo de emprego. Doze (37,5%) enfermeiros referem não ter qualquer tipo de formação complementar após a graduação em enfermagem; 14 (43,75%) enfermeiros possuem formação anterior em curso de técnico de enfermagem; 1 (3,12%) enfermeiro possui outro curso de graduação (bacharel em direito).

A formação de quase a totalidade destes sujeitos se deu nas faculdades e universidades da região, principalmente Araraquara.

Este grupo de enfermeiros expressaram nas entrevistas sua compreensão acerca da EPS, assim como manifestaram a forma como a articulam em seu cotidiano, como a operam e suas impressões quanto ao trabalho nos MPP nos temas que se seguem.

4.1 O que pensam os enfermeiros sobre a EPS

4.1.1 EPS como sinônimo de EC

A confusão entre EPS e EC é a mais frequente entre os enfermeiros quando instados a falar sobre o que entendem por EPS. Em sua maioria expressam os conceitos de EC como sendo EPS, enquadrando esta tal fosse um curso pontual, ou restringindo seu entendimento a reuniões com caráter de treinamento, demonstrando conhecimento insatisfatório com relação à diferença entre ambas.

(...) única coisa que, assim, eu considero como EP que foi feita o ano passado, não foi nem o articulador que desenvolveu, foi um curso de capacitação dos testes rápidos de HIV, Sífilis ... hepatite B e C, isso até considero, considerarei como EP (...) AAA-B

Estudos recentes realizados em outras regiões do Brasil (LIMA 2014; SANTOS, 2015) apontam para este mesmo achado, não sendo, portanto, apenas uma compreensão regional sobre a política ou um problema exclusivo dos MPP.

Ao que parece, esta confusão com os dois termos vem desde a apropriação do conceito no decorrer da formação nos cursos de graduação, portanto, na matriz curricular dos cursos de enfermagem, chegando até a gestão dos serviços nas esferas municipais.

Tal fato, reflete, certamente, nas maneiras de operacionalizar a EPS, notadamente quando os enfermeiros estão de frente às estruturas gerenciais tradicionais das unidades de saúde. Desta forma, o enfermeiro não toma para si o papel de propagar a política de EPS, uma vez que não é suficientemente imbuído desde saber, aguardando que tal mobilização venha de forma descendente, com a possibilidade de fragilizar sua liderança.

Poucos sujeitos entrevistados expressaram domínio tal que explicitasse a diferença entre os dois conceitos. Por vezes, a mistura conceitual dominava o discurso, e mesmo que o entrevistado soubesse da existência de ambos – EPS e EC - não deixava clara qual a sua compreensão.

(...) permanente, a gente procura todos num ambiente, num mesmo assunto, a continuada surgiu o assunto, na hora, não precisa de programação nada, a gente resolve ali, vamos aprender juntos ali, diferente da permanente que é programada, aborda assuntos que todos têm mais dificuldade, monta aula, eu entendo mais ou menos isso. ABA-A.

Na fala acima, ABA-A tenta colocar que há diferenças entre os dois conceitos, apontando uma questão temporal e de forma, ou seja se resolve na hora ou se programa a intervenção.

4.1.2 As contradições identificadas

Em alguns municípios, nenhuma atividade referente à EPS foi referida e, nestes, não é surpresa o pouco domínio do conceito. Porém, por vezes, o enfermeiro refere saber da existência de práticas de EPS no município, das quais participa, e ainda assim permanece a contradição de seu entendimento, expondo a recorrente confusão com EC. Este fato revela que ações de EPS a partir da definição política, não foram trabalhadas de maneira satisfatória nestes espaços, dando margem a entendimentos que fogem da proposta, tal qual se constata

com gestores da mesma região que, por definição de sua atribuição, certamente colaboram para a perpetuação das concepções - corretas ou equivocadas - a respeito da EPS (MISHIMA; AIUB *et al*, 2015).

Neste sentido – do manejo insatisfatório – figuram relatos que remetem às falhas na articulação herdadas de administrações anteriores, gerando vícios e preconceitos, colocando a PNEPS em descrédito por parte dos trabalhadores da saúde, trazendo-nos um desafio extra: o da desconstrução e reconstrução de seu entendimento, conforme explicitado no trecho a seguir.

(A EPS) Era chamar os funcionários em grupo, e chamar a atenção de todos “você fez isso de errado, você não pode fazer isso”. Eu fiquei decepcionada porque eu não tinha escutado nada disso que isso seria educação permanente (...). Então o que aconteceu quando você falava em educação permanente, ninguém queria participar, porque todo mundo achava que seria a mesma coisa. ACA-B

A fala acima é bastante significativa, pois fica evidente a ideia da EPS como controle e correção, mas sem a preocupação de recomposição ou revisão do processo de trabalho com vistas a qualificar a atenção prestada, assumindo apenas o caráter de controle.

4.1.3 Compreensão da proposta indicando possibilidades na qualificação da atenção?

Dentre as confluências do que foi aprendido e apreendido assertiva e positivamente sobre a EPS expressas pelos enfermeiros entrevistados, a temos compreendida de diferentes dimensões.

A EPS aparece como uma via de troca de saberes, e neste sentido, qualquer membro da equipe de saúde tem a possibilidade de colaborar para rever a forma de organização do cuidado prestado.

(...) mas eu acho que assim, é importante sim, porque surgem ideias, a gente tem um agente comunitário, ‘olha, eu to tendo problema com essa família, tal’, então surgem ideias novas, muda opinião, ‘oh, se fizer assim’, sabe é uma troca de informações realmente, né. ACA-A

A EPS aparece também como agente potencializador de alguns outros cursos ou programas e de políticas estabelecidas no âmbito do Ministério da Saúde, como por exemplo a Política de Humanização.

Que nada mais é (a humanização) do que anda junto com a educação permanente. Na humanização a gente conversa muito sobre acolhimento, sobre rede de saúde, da importância da rede, né de comunicação, entre os departamentos, entre a educação, conselho tutelar, sabe, então a gente ouviu muito isso nas nossas reuniões e inclusive como eu falei para você de início, já teve algumas reuniões que a EP junto com a humanização fazem juntas, né, pelo fato de andar junto mesmo. ABC-B

A fala de ABC-B é bastante interessante ao apontar as articulações e interfaces presentes na EPS e nas propostas de Humanização, pois a direção colocada é a mesma ou seja da qualificação da atenção e o fortalecimento das ações de cuidado na AB.

Outra dimensão em que a EPS é apresentada, e que se articula a anterior, é considerá-la como maneira de fazer da reflexão uma via de melhoramento do serviço e fortalecimento da AB, enfim, como política transformadora.

Tentar melhorar a qualidade do trabalho a partir da reflexão. AAB-A

Eu acho assim a partir do momento que a equipe se fortaleceu, a equipe fortalecida todo mundo falava a mesma língua, as pessoas tratavam melhor o usuário. Eu acho que foi muito bom. AAB-C

Na direção da última fala, a EPS é trazida como uma maneira de manejar as relações na equipe, na busca de torná-la mais coesa e como meio de valorizar e motivar os profissionais.

Quando a gente fala de um tema você percebe que todos estão a par daquilo, não tem alguém que você olha que fala 'do que que você está falando', não, já foi traçado, ele está trabalhando aquilo, entendeu? Cada um no seu, no seu limite de trabalho, mas isso acontece aqui sim. E eu acho importantíssimo. ABC-A

Foram dois médicos, mas as faxineiras como elas nunca tinham sido convidadas para nada, elas acharam assim que elas estavam 'como eu vou participar dessa reunião', e foi muito ... a melhor que eu fiz foi dentro do hospital, onde elas puderam participar, a porteira, a faxineira, não menosprezando cada um tem seu valor. ACA-B

Há nas falas acima um reconhecimento do trabalho em equipe favorecendo a ação mais articulada no trabalho em saúde, a contribuir para a possibilidade de horizontalização das relações entre os profissionais, fator relevante para que o trabalho se desdobre num projeto comum, com espaço para a criatividade e empoderamento propostos pela EPS (ALMEIDA; MISHIMA, 2001).

Neste sentido, a EPS parece apresentar a potência de complementar a perspectiva de

“equipe integração” - aquela na qual as autonomias se fazem interdependentes, pautada não apenas no conhecimento técnico, mas também nas interações sociais entre os sujeitos produzidos em grupo (ALMEIDA; MISHIMA, 2001).

Outra dimensão explicitada da EPS é considerá-la como maneira de auto avaliar o que se sabe e o que se pratica: *Uma auto avaliação da equipe {primeiramente} para melhorar o serviço, uma troca de conhecimento.* AAB-C

Este processo de auto avaliação certamente remete a outra dimensão identificada na fala dos enfermeiros entrevistados, que se volta à compreensão da EPS como forma de levar à corresponsabilização do cuidado e o respeito com o saberes do próximo, no sentido da tomada de decisões, também vista como maneira de qualificar o vínculo.

As meninas, principalmente as agentes de saúde, estão se responsabilizando mais, principalmente com o cuidado. Participam. Participam e, depois que elas começaram a participar, que a gente começou a corresponsabilizar, o funcionário, a agente de saúde, o paciente ter esse vínculo maior, eu acho que elas ficaram mais responsáveis. ACB-B

(...) às vezes a outra pessoa já passou por aquilo, ela vai contribuir para a minha experiência para poder solucionar aquele problema de outra forma, às vezes uma visão que eu não tive ainda, eu acho que um colega vai poder me ajudar a solucionar esse problema, com certeza, Educação Permanente é essencial, espero que continue e que a gente aprenda mais sobre EP. ABA-C

Temos, aqui, relatos que remetem ao sucesso, no mínimo, do entendimento sobre a EPS, fato que deixa espaço para futuras investigações, acerca dos impactos - mensuráveis - sobre a o ganho na qualidade dos serviços, onde a EPS fora referida de maneira positiva pelos enfermeiros.

4.2 Como os enfermeiros articulam o conceito em sua prática?

4.2.1 Dificuldades enfrentadas

Os enfermeiros da pesquisa apontam várias dificuldades para articular o que entendem por EPS e sua prática cotidiana.

Dentre as dificuldades apontadas para a articulação da proposta, aparece a maneira

como o gestor de saúde maneja a EPS. Seu desconhecimento ou conhecimento superficial é apontado como uma das causas dos eventuais insucessos para as ações de EPS no âmbito dos municípios. Nota-se que o comprometimento das equipes de saúde respondem, direta ou indiretamente, ao engajamento do gestor municipal (AIUB; MISHIMA, 2012; MISHIMA *et al*, 2015).

Começando pelo gestor. Eu acho que primeiro lugar quem tem que saber o que é educação permanente é ela. Ela que tem que saber primeiro o que significa educação permanente, sei lá, não o que significa, o que é pelo menos, o que vai trazer de benfeitoria para o município porque isso é importante. Se você for ver mesmo o que está na teoria e colocar na prática, seria ótimo, nossa seria assim um trabalho lindo. ACA-B

Foram identificados relatos de que as reuniões junto do DRS, muitas vezes são vistas como obrigação. Ainda, também aparece a perspectiva da participação nestas reuniões não como compromisso.

O gestor dizia assim “ah, lá vem essa história, essa reunião de novo de educação permanente”, não tem condição para ele, então era desânimo total, e aí você acaba ... A reunião era uma vez por mês, as vezes era a cada 15 dias, a gente fazia os trabalhos lá, dentro da DRS, às vezes ia para a faculdade fazer ... mas eu fiquei frustrada. ACA-B

A carência de suporte teórico também é um ponto de reclamação, sendo que é apontada como outro elemento que dificulta o processo nos municípios, o que corrobora para a confusão da EPS com EC.

Eu não sei te dizer ao certo, eu acredito que a falta de hábito ou cobrança talvez de falar “não, eu quero os resultados” a gestão mesmo buscar, querer saber o que está acontecendo e de que forma está acontecendo. BBB-A

4.2.2 A capacitação para EPS

Cerca de metade dos enfermeiros entrevistados refere ter tido pouco ou nenhum contato com o conceito da EPS durante sua formação em nível de graduação. Daqueles que referem aproximação durante a formação profissional, a maioria não tem clara a diferença dos conceitos de EPS com EC.

A capacitação para EPS, propiciada nos encontros na DRS, é pouco referida e a necessidade de um acompanhamento mais próximo é sugerida por boa parte dos entrevistados.

Eu acho que a gestão também poderia dar um apoio maior para a educação permanente, porque ainda existe aquele desconhecimento por parte do gestor, não é? Não tem muito entrosamento, ainda, com a política, é uma política recente, mas, em vista do que poderia ser acrescentado para o município, eu acho que falta um pouco disso, até um pouco de apoio do DRS, também, nesse sentido, não é? ACB-B

A fala acima chama atenção para esta questão, reiterando o desconhecimento por parte dos gestores municipais principalmente, enquanto condutores do processo municipal, e acrescentando o fato da EPS ser uma política relativamente nova.

A PNEPS formulada e publicada no início dos anos 2000 trouxe a necessidade de se repensar os processos de ensino-aprendizagem no âmbito dos serviços de saúde no SUS, onde a capacitação deveria estar voltada para o trabalho, desenvolvida no trabalho e considerando a transformação do processo de trabalho de forma a se qualificar a atenção em saúde (CECCIM; FEUERWERKER, 2004; FRANCO; MERHY, 2003)

A integração ensino-serviço, quando citada, figura como desejável e positiva, sendo reconhecida como meio de aperfeiçoar e qualificar a assistência. Porém, alguns entrevistados referem nunca ter participado de qualquer tipo de pesquisa acadêmica enquanto em serviço, ou outro tipo de relação com a academia, revelando que esta integração precisa ser ampliada para além dos grandes centros onde geralmente as universidades estão alocadas.

Eu achei extremamente interessante a sua pesquisa. (...) "Nossa, legal alguém pensar em fazer uma pesquisa direcionada à educação permanente". O pessoal procura tanto acolhimento, humanização, e deixa um pouco de lado. É a política meio que descrente, não é? É transformadora, mas que é meio descrente da... E eu achei bem interessante. ACB-B

ACB-B ao falar com interesse sobre o desenvolvimento da presente pesquisa, parece ao mesmo tempo indicar positivamente esta aproximação, sinalizando a importância da EPS, mas qualificando-a como “descrente”, talvez pela pouca importância dos gestores com a PNEPS (MISHIMA *et al*, 2015).

4.2.3 Facilitadores de EPS

Em muitos municípios, por uma ação indutora do DRS III, foi falado sobre a figura do *facilitador de EPS*. Contudo, a ausência ou participação incipiente da figura do facilitador de EPS foi uma fala recorrente.

Pela fala dos entrevistados, pode-se verificar a má articulação entre as pessoas/cargos/funções designados para desenvolver/implementar a PNEPS no município. Como reflexo das situações apontadas, temos a má compreensão e subutilização da proposta, que resulta na falta de adesão ou desinteresse por parte da equipe.

É, eu acredito que agora, escolhamos outra pessoa que parece ter um pouco mais de boa vontade, interesse né, também vamos trabalhar mais em cima né, cobrar mais. Eu acredito que é uma pessoa que tem compromisso com o trabalho é, ... compromisso com a profissão, compromisso com os pacientes e com os colegas de trabalho também. Se a pessoa não tiver compromisso, infelizmente, tudo o que você dá pra ela fazer, não vai pra frente. BAA-A

Como se vê, há um perfil desejável e reclamado para a figura do facilitador da EPS, marcadamente apontado como aquele trabalhador com compromisso para com as propostas colocadas. Como apontado anteriormente, a falta de engajamento e/ou compreensão adequada por parte da gestão municipal, na figura principalmente do secretário municipal reverbera de muitas maneiras sobre a EPS e, neste caso, também sobre a escolha da figura do facilitador e na cobrança sobre seu papel.

(...) por isso que eu acho importante que cada município tenha seu articulador de educação permanente exclusivo para isso, para pensar essas propostas e não deixar tipo ... um articulador ... ele é articulador de educação permanente, ele é de rede cegonha, ele é disso, ele é daquilo, daquilo e daquilo outro. Então o ... a educação ... o foco da educação permanente ele vai perder. BBA-A

A fala acima, aponta que além do perfil adequado, a exclusividade de um profissional destinado à política também aparece como sugestão e como um problema. (a ser abordado em 4.3.2).

4.3 O que fazem os enfermeiros para operacionalizar a EPS

4.3.1 Produtos do trabalho de EPS

Maior coesão do grupo de profissionais busca por soluções peculiares aos problemas cotidianos da unidade, horário fixo para reunião de equipe com fechamento da unidade pactuado para o município, redução da evasão de profissionais quando da reunião de equipe, são os ganhos apontados, decorrentes das ações da EPS.

Dentre os resultados considerando o “embaçamento” teórico, temos a EPS como apoio a participação de cursos, conversas técnicas, padronização de práticas.

É a garantia da melhoria da assistência essencial, mesmo porque quando a gente monta uma equipe, cada um estudou num lugar, cada um tem uma cabeça, cada um aprendeu de um jeito, mesmo a teoria sendo a mesma, então, é o momento de todos falarem a mesma linguagem, a padronização.
ABA-A

Mesmo sendo aspectos gerais e que por vezes aparecem mesclados às contradições nas falas dos sujeitos da pesquisa, certamente são resultados deste processo de busca de compreensão e de ação em relação à ESP.

4.3.2 A descontinuidade dos processos nos municípios

Dentre as dificuldades para a implementação da EPS, chama a atenção a maneira como o vínculo empregatício dos trabalhadores em geral e dos enfermeiros em especial, pode interferir no engajamento profissional. Municípios com regime de contratação temporária ou em realização de processos para efetivação de funcionários, foram os que a EPS encontra-se lentamente colocada em ação ou inoperante. Os profissionais justificam-se alegando a dúvida com relação a sua continuidade na unidade e município.

(...) como eu estou provisória aqui, não sei se eu vou ficar, se vou tomar a frente, vou esperar para sair esse concurso para ver o que vai acontecer. Se eu for ficar aqui, quando mudar para lá, a gente vai fazer todo o trabalho do PSF, fazer a reunião mensal de equipe, fazer grupos. ACC-C

Para municípios com o quadro de funcionários mais estável, as periódicas trocas de gestão são apontadas como dificultador da continuidade da EPS, uma vez que, conforme relatam os enfermeiros entrevistados, cada gestor tende a operar as políticas a sua maneira, nem sempre garantindo a continuidade do que estava a se desenvolver.

A gestão também, a gestão era mais participativa, a anterior (...) eu acho que a gestora nossa anterior, ela tinha mais ... Ela tinha assim mais uma, assim, visão, se empenhava mais, queria ver mais coisas acontecerem. Por isso que eu falo, a gestão tem que estar ... Aderir à educação permanente, se não a gente não consegue fazer. ACB-B

Carga horária e diferentes regimes de contrato numa mesma equipe, somados a ausência de ações de EPS que perpassem todos os turnos de trabalho são apontados como dificuldades. O mosaico de formatos de contratação que persiste em alguns municípios, parece fomentar a falta de comprometimento - principalmente por parte de profissionais com mais de um vínculo empregatício. A falta de um modelo de contratação preciso e fiscalizado, bem como a ausência de planos de carreira são apontados como um dos maiores desafios, são questões que incorrem em demais regiões do Brasil (SIGNOR, 2015; ALMEIDA, 2015). Tal situação dificulta ou inviabiliza políticas como a EPS e demais processos que exigem continuidade, comprometimento e vínculo.

Também, a falta de cobrança ou supervisão externa à unidade é tida como uma brecha que colabora para sua descontinuidade, um fato contraditório, uma vez que estaria se operando uma política de empoderamento e auto-gestão. Neste sentido, o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) aparece como fomento à prática da EPS, dado seu caráter de avaliação.

Mudou um pouco depois desse PMAQ porque ele tem uma exigência maior a gente precisa apresentar os resultados. Mas fora isso, a gente não tem nada que tenha que ser feito, planejado para que ocorra. BBB-A

Relatos de sobrecarga de trabalho são muito frequentes, aparecem na maioria das entrevistas e em muitos casos apontados como motivo da falta ou insuficiência de ações de EPS.

É muitos programas, é uma enfermeira só, então você tem que dar conta de todos os problemas de atendimento, então, tá difícil. Tá, na realidade hoje a gente necessitaria de 2 enfermeiras em cada unidade, né, mas a gente faz tudo sozinha. Então é isso que dificulta às vezes a gente tá levando algumas coisas pra frente (...). ACA-A

Assim, verifica-se que os enfermeiros, sujeitos da pesquisa, referem que não conseguem assumir compromissos além dos programas que já estão em curso. Talvez seja um dos entraves persistentes em MPP: a escassez de pessoal de saúde levando à sobrecarga de ações e atribuições, sendo que não raro temos um único enfermeiro articulador para vários programas.

4.3.3 Papel do enfermeiro

Notadamente nos municípios, cenário da pesquisa, cuja política pouco fora discutida, constata-se um posicionamento de espera passiva. Por vezes, mesmo sabendo do potencial da EPS e da existência da política, os profissionais “tercerizavam” a responsabilidade ou a iniciativa para deflagrá-la.

Eu não sei te dizer ao certo, eu acredito que a falta de hábito ou cobrança talvez de falar “não, eu quero os resultados” a gestão mesmo buscar, querer saber o que está acontecendo e de que forma está acontecendo. BBB-A

Nestes casos, a EPS é compreendida como algo externo, paralela ou alheia a rotina do trabalho, negando-se todo empoderamento proposto pela política. Tanto que, dentre propostas para melhoria ou aperfeiçoamento da EPS dadas por enfermeiros, temos como sugestões o advento de supervisores e de maior cobrança externa – como o PMAQ já citado.

Por sua vez, temos profissionais engajados e otimistas, que já percebem as mudanças nas dinâmicas do trabalho em suas unidades e municípios. Nestes, dispomos não apenas de uma compreensão precisa do conceito e da política, mas também de liderança e articulação adequadas para provocar as mudanças propostas em seus entornos, ou seja, posturas atitudinais proativas.

A gente escuta né “ah, quem tem muito tempo de carreira, ah não adianta falar, que não vai mudar nada” Ela tem essa esperança “vai mudar, você vai ver, vai sim”... Sabe o Gilson Carvalho? O Gilson Carvalho ele faleceu ano passado. Então eu falo assim, que uma das oficinas ... que ele fez eu me apaixonar pelo SUS, eu lembro uma vez que ele falou assim “meu sonho ...” ele morreu sem ter coitado “meu sonho é chegar em uma unidade de saúde e estar escrito assim na porta, aqui tem gente trabalhando para fazer gente feliz”. Aí eu vi aquilo e falei assim “que legal”, mas infelizmente coitado, ele morreu sem ver isso. Temos esperança. Não deixar cair né. AAB-A

Ah, eu tenho a bendita esperança que não morre, eu tenho boas expectativas, porque eu acredito que um dia as pessoas vão entender, deixar a frustração de lado e vão acabar entendendo que podem fazer diferente dentro do que é proporcionado a elas, eu ainda espero isso. ACA-C

Temos, pois, que apesar das queixas e de parecer um conceito obscuro para a maioria, como pudemos notar nas diferentes falas dos sujeitos da pesquisa, a EPS é geralmente vista com boas expectativas, no sentido de potência para promoção da qualidade e integração e empoderamento dos serviços de saúde e dos profissionais, tanto nos municípios que já iniciaram, de alguma maneira, suas práticas, quanto nos que ainda estão em fases iniciais da elaboração da proposta.

4.4 A EPS no MPP: o ponto de vista dos enfermeiros

O número de programas e políticas propostas pelo nível federal existentes, independente do tamanho do município, é basicamente o mesmo (salvo exceções de políticas específicas ou regionais). Nesta conjuntura, como pensar o trabalho em saúde desenvolvido em municípios (considerando aqui os MPP) que dispõem de um número escasso de profissionais? A já citada sobrecarga de trabalho, aos quais estão expostos os enfermeiros cujas funções se acumulam é quase unanimidade neste estudo.

Outro problema que parece ser mais evidente nos MPP advém da autonomia municipal ante o sistema de saúde, pois cabe ao gestor local a definição das ações próprias e necessárias para o atendimento aos cidadãos nestes territórios. Dada a proximidade entre os diferentes atores dos serviços de saúde, as relações de poder entremeadas pelas relações pessoais nestes micro universos e as trocas aí presentes, fazem muitas vezes que estas prevaleçam sobre legislações e pactuações entre os poderes formalmente instituídos.

Nos discursos analisados, o uso do termo “cidade pequena” é frequente, e nele residem algumas justificativas para percalços e dificuldades enfrentadas no cotidiano dos serviços. Nele também está implícita a ideia do compadrio e, mesmo parecendo um termo forte, de “politicagem”, que podemos considerar como quebra ou rearranjo do fluxo administrativo permitido, esperado ou desejado. Tais achados incidem em resultados semelhantes aos encontrados em outro estudo restrito aos MPP, no norte do Paraná (BUENO 2014).

Trabalhar em cidade pequena, tem perseguição, você tem que pisar em ovos, mesmo os funcionários. ACA-B

Você tem um protocolo, mas aí o paciente chega e fala com o prefeito, que fala com a gestora, que chega para você e fala "não é assim que é para fazer, é assim". E não é assim, é assim. Só que eu sempre fu ... eu sempre consegui mostrar para esse gestor que eu até vou fazer o que ele está me pedindo, mas antes de eu fazer aquilo que ele está pedindo, eu preciso fazer isso aqui, senão eu vou fugir do meu trabalho. ABC-A

Por outro lado, a citação “cidade pequena” pode trazer consigo o poder de soluções que superem embaraços burocráticos ou distâncias hierárquicas, valendo-se da citada proximidade entre atores no sentido do aprimoramento dos serviços e das relações.

Mas eu te digo assim, como a gente vive numa cidade pequena, e a gente conhece essas pessoas, então aquele protocolo, aquela parte burocrática, a gente consegue ter uma rapidez naquilo e as vezes até passar por cima daquilo, então as dificuldades assim são muito pequenas. ABC-A

Então se a gente trabalhasse um pouco a educação permanente, um pouco a humanização, um pouquinho de tudo, um pouco do acolhimento, um pouco de tudo, entre os funcionários mesmo, seria bem diferente, aqui tem tudo para dar certo, a saúde, uma cidade pequena é fácil, basta você ter vontade e querer fazer, querer que aconteça. Então é o município que a saúde era para trabalhar redondinha, redondinha, redondinha. Tem dinheiro? Não, nenhum município tem tanto dinheiro assim para a saúde, mas não precisa tanto de dinheiro, precisa de profissional que gosta daquilo que faz, aí sim. ACA-B

Estas últimas falas são bastante significativas pois apontam mais para possibilidades, para mudanças que podem se fazer presentes para a efetiva construção do SUS e de suas ferramentas, como por exemplo a EPS.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao atender aos objetivos de identificar e analisar os conceitos e práticas da EPS, sob o olhar do enfermeiros de municípios de pequeno porte, buscamos, além das afirmações propositivas baseadas nos apontamentos de sucessos e insucessos explicitados por estes sujeitos, chamar a atenção sobre o fato de que políticas, apesar do esforço para que sejam ideologicamente e socialmente acessíveis, passam pelos filtros da interpretação e operacionalização de sujeitos predecessores hierarquicamente aos que, de fato, se beneficiarão e, que efetivamente operacionalizam o que se propõe.

Neste sentido, os achados desta pesquisa corroboram e complementam outras pesquisas que apontam o papel fundamental do entendimento, preparo e disposição do gestor, nestes processos e que compõe uma parcela considerável para o sucesso das políticas propostas em esfera nacional; seu apoio ou a ausência deste foi apontado como elemento de viabilização das práticas de EPS junto das equipes de saúde. É preciso conscientizar todas as esferas de poder - ainda mais - sobre a interdependência das ações.

Trouxemos neste estudo o quão reclamada é a sobrecarga de trabalho decorrente do número reduzido de profissionais para o cumprimento de demandas oficiais. Ainda que os MPP representem a maior parte dos municípios brasileiros, suas conjunturas e limites estruturais precisam ser mais considerados quando se elabora uma política como a EPS. Desta dificuldade vem a sugestão dos profissionais exclusivos à EPS - tanto como suporte didático quanto operacional. Esta sugestão, embora seja apontada como fundamental pelos enfermeiros, quebra a lógica da EPS de que esta se constitui em uma perspectiva presente na prática de qualquer profissional de saúde, não se constituindo em um programa ou ação paralela ao trabalho desenvolvido.

Ao abordar uma política que envolve diretamente o processo de trabalho do enfermeiro, observamos que sua esperada capacidade gerencial e sua representação social, ainda com traços de passividade e subordinação, faz do profissional proativo, criativo e empoderado, um modelo - justamente por não se tratar da maioria. Por mais que se busque um enfrentamento equitativo e problematizador frente as demandas da unidade e da equipe, por meio da EPS, suplantar antigas práticas e concepções é um desafio que exige perseverança e amparo acadêmico. Espera-se que o objetivo desta pesquisa que foi, também, o de fornecer elementos que contribuam para esta missão, tenha sido atendido.

A gente escuta né “ah, quem tem muito tempo de carreira, ah não adianta falar, que não vai mudar nada” Ela tem essa esperança “vai mudar, você vai ver, vai sim”... Sabe o Gilson Carvalho? O Gilson Carvalho ele faleceu ano passado. Então eu falo assim, que uma das oficinas ... que ele fez eu me apaixonar pelo SUS, eu lembro uma vez que ele falou assim “meu sonho ...” ele morreu sem ter coitado “meu sonho é chegar em uma unidade de saúde e estar escrito assim na porta, aqui tem gente trabalhando para fazer gente feliz”. Aí eu vi aquilo e falei assim “que legal”, mas infelizmente coitado, ele morreu sem ver isso. Temos esperança. Não deixar cair né. AAB-A

A fala acima reitera que os esforços, pesquisas e políticas que têm por essência a valorização e qualificação profissional estão no caminho da construção das técnicas humanísticas e críticas. Que estas transformem e mobilizem seus espaços no sentido da alteridade fundamentada numa ciência mais humana, que considera o indivíduo, sua produção e leitura de mundo.

Saibamos fazer da “esperança” citada na fala acima, mais um motivador na busca por soluções no sentido do fortalecimento do SUS - e para isso, fortalecer os profissionais de saúde, tal qual sugere a EPS, é fundamental. Como almejar qualidade dos serviços de saúde e suas complexidades, senão desta maneira?

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, E.D.F.P.; NUNES, S.M.L.S.; GIMENEZ, B.; CARVALHO, L.C.J. Força de trabalho em saúde na Atenção Básica em Municípios de Pequeno Porte do Paraná. *Saúde debate*. V. 39, n. 104, p.29-41, 2015.

ALMEIDA, M.C.P.; MISHIMA, S.M. O desafio do trabalho em equipe na atenção à Saúde da Família: construindo "novas autonomias" no trabalho. *Interface-comunicação, saúde, educação*, v. 5, n. 9, p. 150-153, 2001.

AIUB, A.C.; MISHMA, S.M. Educação Permanente em Saúde na perspectiva dos gestores - o caso dos Colegiados de Gestão Regional Norte e Coração do Departamento Regional de Saúde de Araraquara (DRS III). Relatório Final - Processo FAPESP número 2010/20341-9, 2012.

BOSI, M.L.M; PONTES, R.J.S, VASCONCELOS, S.M. Dimensão da qualidade na avaliação em saúde: concepção dos gestores. *Rev Saúde Pública*. v. 44, n. 2, p. 318-24, 2010.

BRASIL. Constituição, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado; 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html Acesso em março de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde – Norma Operacional da Assistência à Saúde. Brasília, 2001.

BRASIL. Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL. Portaria Nº 198/GM, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS) / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – 3. ed. rev. atual. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006b.

BRASIL. Decreto Nº 51.433, de 28 de Dezembro de 2006. Cria unidade na Coordenadoria de Regiões de Saúde, da Secretaria da Saúde, altera a denominação e dispõe sobre a reorganização das Direções Regionais de Saúde e dá providências correlatas. Diário Oficial do Estado de São Paulo. Volume 116 • Número 246 • São Paulo, sexta-feira, 29 de dezembro de 2006c.

BRASIL. Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS), 2006d. Disponível em: <http://www.saudeprev.com.br/psf/saopaulo/GM-648.htm>. Acesso agosto 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.996/GM, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da política nacional de educação permanente em saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 22 ago. 2007. Seção 1.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Série B. Textos Básicos de Saúde. Série Pactos pela Saúde, v. 9. Brasília – DF. 2009. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude.pdf. Acesso em junho de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS/Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 160 p.

BRASIL. Ministério das Cidades. Plano diretor em municípios de pequeno porte. [S.l.: s.n., 20--?]. Disponível em: http://portal.cnm.org.br/sites/8800/8875/download/2_dia/Plano_DiretoremMunicipiosdepequenoporte_Modificada.pdf. Acesso em: 30 set. 2014.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

BUENO, V.L.R.C. A organização do trabalho em saúde bucal nas equipes da rede de atenção básica em municípios de pequeno porte do norte do Paraná. Tese de Doutorado em Saúde Coletiva - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2014.

CAMPOS, A.C. Satisfação do usuário na Saúde da Família sob a perspectiva da responsividade. 2009 - 2011. 145p. Dissertação de Mestrado – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. 2011.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. Interface Botucatu, v.9, n.16, Feb. 2005. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000100013&lng=en&nrm=iso>. Acesso: 21 Jul 2014.

DELUIZ, N. Qualificação, competências e certificação: visão do mundo do trabalho. Formação (Brasília). n^o 2, p.5-15, 2001.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. Physis, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, June 2004. <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312004000100004&lng=en&nrm=iso>. Acesso: 23 Jun 2015.

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

FERRAZ, F.; BACKES, V.M.S.; MARTINEZ, F.J.M.; PRADO, M.L. Políticas e programas de educação permanente em saúde no Brasil: revisão integrativa de literatura. Saúde & transformação Social. v.3, n.2, p. 113-128, 2012.

FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E. E. O trabalho em saúde: olhando e experimentando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2003. p.55-124.

GAIOSO, V.P.; MISHIMA, S.M. User satisfaction from the perspective of acceptability in the family health scenario. Texto Contexto Enferm. v.16, n.4, p. 617-25, 2007.

HADDAD, J.; ROSCHKE, M.A.C.; DAVINI, M.C. Educación permanente de personal de salud. Washington: Organización Panamericana da la Salud, 1994. (Serie Desarrollo de Recursos Humanos en Salud, 1000). Disponível em <http://www.paho.org/Spanish/HSP/HSR/gestion-estrat-capiii.pdf>. Acesso em 14 jul.2013.

LIMA, S.A.V.; ALBUQUERQUE, P.C.; WENCESLAU, L.D. Educação permanente em saúde segundo os profissionais da gestão de Recife, Pernambuco. *Trab. educ. saúde*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 425-441, Agosto. 2014.

LOPES, S.R.S.; PIOVESAN, É.T.A.; MELO, L.O.; PEREIRA, M. F.. Potencialidades da Educação Permanente para a transformação das práticas de saúde. *Comun. Ciênc. Saúde*. v.18, n. 2, p. 147-155, 2007. Disponível em http://www.fepecs.edu.br/revista/Vol18_2art06.pdf. Acesso julho 2014.

MATUMOTO, S. *et al.* O processo de implantação da rede de atenção à saúde materno infantil no DRS III de Araraquara: a atenção básica como ordenadora da atenção em rede. Relatório Final, Processo FAPESP 2012/51827-0, Programa Pesquisa para o SUS – Políticas Públicas, 2015.

MINAYO, M.C.S. O desafio do conhecimento: metodologia de pesquisa social (qualitativa) em saúde. 5 a ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 2010.

MISHIMA, S.M.; PAULA, V.G; PEREIRA, M.J.B.; ALMEIDA, M.C.P.; KAWATA, L.S. (In)Satisfação dos usuários: duplicação e uso simultâneo na utilização de serviços na Saúde da Família. *Rev. Esc. Enferm. USP*, v.44, n. 3, 2010.

MISHIMA S.M. et al. Projeto de Educação Permanente em Saúde de Fortalecimento da Atenção Básica nos municípios do Departamento Regional de Saúde III (DRS III) – Araraquara: análise e perspectivas. Relatório Final, Processo FAPESP 2009/53139-0, Programa Pesquisa para o SUS – gestão Compartilhada para o SUS, 2012.

MISHIMA, S.M.; AIUB, A.C.; RIGATO, A.F.G.; FORTUNA, C.M.; MATUMOTO, S.; OGATA, M.N.; SILVA, M.V.; NOGUEIRA, A.C.. Managers' perspective on continuous health education in a region of São Paulo State. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2015; 49(4): 665-673.

PAULA, V. G. Utilização de serviços na atenção básica – a satisfação do usuário na saúde da família. 83 p; Dissertação de Mestrado - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. 2011.

PEDUZZI, M. et al . Atividades educativas de trabalhadores na atenção primária: concepções de educação permanente e de educação continuada em saúde presentes no cotidiano de Unidades Básicas de Saúde em São Paulo. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v.13, n.30, Sept. 2009. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000300011&lng=en&nrm=iso>. Acesso: Julho 2014.

PINTO, E.E.P.; ARAÚJO, M.D.; MATUMOTO, S.; CAPOZZOLO, Â.A.; CARDOSO, M.R.L.; MISHIMA, S.M. Desdobramentos da Educação Permanente em Saúde no Município de Vitória, Espírito Santo. *Trab. Educ. Saúde*, Rio de Janeiro, v. 8 n. 1, p. 77-96, mar./jun.2010. Disponível em <http://www.revista.epsjv.fiocruz.br/include/mostrarpdf.cfm?Num=286>. Acesso julho 2014.

PLANO DE AÇÃO REGIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE – PAREPS. DRS III – Araraquara do Estado de São Paulo, 2008.

PLANO DE AÇÃO REGIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE – PAREPS. DRS III – Araraquara do Estado de São Paulo, 2010.

SANTOS, A.R.D. Educação permanente em saúde: construções de enfermeiros da estratégia saúde da família. *Revista Baiana de Saúde Pública*, v. 38, n.3, p. 708-724, 2015.

SIGNOR, E.; DA SILVA, L. A. A.; GOMES, I. E. M.; RIBEIRO, R. V.; KESSLER, M.; WEILLER, T. H.; PESERICO, A. Educação Permanente em saúde: desafios para a gestão em saúde pública. *Revista de Enfermagem da UFSM*. V.5, n.1, p. 01-11, 2015.

TRIVIÑOS, A.N.S. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 2007. 175 p

VIDOR, A.C.; FISHER, P.D.; BORDIN, R. Utilização dos sistemas de informação em saúde em municípios gaúchos de pequeno porte. *Rev Saude Publica*. v. 45, n.1, p. 24-30, 2011.

WEIRICH, C.F.; MUNARI, D.B.; MISHIMA, S.M.; BEZERRA, A.L.Q. O trabalho gerencial do enfermeiro na rede básica de saúde. *Texto Contexto Enferm*. v.18, n.2, p. 249-257, 2009.

APÊNDICE**APÊNDICE 1**

Roteiro para a Entrevista

IDENTIFICAÇÃO DO LOCAL DA ENTREVISTA

Número da Entrevista: _____

Município da Entrevista: _____

Nome da Unidade de Saúde: _____

IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO ENTREVISTADO

Data de Nascimento: ___/___/___ Idade: _____

Sexo: () Masculino () Feminino

Município de Residência: _____

Ano que se formou: _____

Local que se formou: _____

Formação Complementar (especialização, mestrado, doutorado): () sim () não

Se sim, qual (is): _____

Cargo Ocupado: _____

Tempo na função: _____

Tempo de trabalho na unidade: _____

Experiência de trabalho anterior a unidade atual (descrever tipo e tempo):

PONTOS A SEREM DISCUTIDOS NA ENTREVISTA

- compreensão acerca do conceito de EPS,
- participação em atividades de EPS propostas pelo nível regional (tipo de atividade, frequência, avaliação),
- compreensão das atividades de educação permanente no desenvolvimento de seu trabalho da atenção básica,
- ações propostas,
- ações desenvolvidas,
- conhecimento das propostas da gestão para o município,
- dificuldades enfrentadas no desenvolvimento das ações de EPS,
- possibilidades identificadas pelo enfermeiro no seu dia a dia para o desenvolvimento das ações de EPS.

APÊNDICE 2

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, **Allan Correa Aiub**, aluno de pós-graduação, nível mestrado, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP), estou realizando pesquisa sob orientação de **Silvana Martins Mishima**, Professora Titular do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da EERP-USP, intitulada “A Educação Permanente em Saúde no processo de trabalho do enfermeiro: concepções e resultados das práticas de EPS nos municípios pequeno porte da DRS III – Araraquara – São Paulo”. O objetivo geral é identificar e analisar os conceitos e as práticas de Educação Permanente em Saúde (EPS) operados pelos enfermeiros com maior tempo de serviço nas unidades básicas de saúde em municípios de pequeno porte (até 20 mil habitantes) região de abrangência da DRS III – Araraquara – SP.

Gostaríamos de convidá-lo a participar deste trabalho com sua colaboração para a nossa **entrevista semiestruturada**, na qual o pesquisador Allan Correa Aiub, conforme seu projeto, realizará esta interlocução com os Enfermeiros envolvidos no processo de implantação e operacionalização da EPS, dentre os quais o senhor(a) foi selecionado(a), pelo pesquisador, a partir dos critérios mencionados, considerando o seu papel no contexto da EPS. O local da entrevista será definido conforme sua disponibilidade e possibilidade, para onde o pesquisador se deslocará, em data e horário previamente agendados.

Pela estrutura da entrevista, esta ocupará entre 30 e 45 minutos do seu tempo, e será gravada, sendo também suas respostas anotadas. Ao fim da entrevista, perguntarei se o senhor(a) consente com eventual publicação de todas as respostas fornecidas, com texto, evidentemente, fiel ao quanto respondido pelo senhor(a). A gravação da entrevista servirá apenas para análise do pesquisador, para fins desta investigação e não será em hipótese alguma divulgada. Ao senhor(a), como participante da pesquisa, está assegurado o anonimato; o texto da resposta não será identificado, garantindo-se o sigilo e a não identificação. Ainda, é reservado ao participante da pesquisa seu direito à indenização caso ocorra dano decorrente de sua participação, por parte do pesquisador e das instituições envolvidas nas diferentes fases da do estudo. A **qualquer momento**, antes da publicação do trabalho, posso, atendendo ao pedido simples do senhor(a), deixar de publicar suas respostas. Para isso deixo, neste termo, meus contatos.

Não se preveem benefícios imediatos de sua participação, porém, sua contribuição a esta pesquisa pode ajudar a identificar como as práticas de EPS que vem sendo desenvolvidas no municípios, as experiências positivas, as dificuldades presentes no desenvolvimento das práticas de EPS, e, com estes dados, subsidiar a ampliação das possibilidades de fortalecimento destas ações no conjunto dos municípios. Os riscos previstos são os possíveis desconfortos nos momentos de respostas às perguntas, como por exemplo, no que tange a efetividade do trabalho exercido pelo senhor(a), porém sua participação é livre e a desistência a qualquer momento é garantida, não promovendo danos ou constrangimentos a sua pessoa.

Comprometemo-nos também, a garantir a apresentação dos resultados obtidos após o término da pesquisa. Os meios para contato são: Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da EERP-USP situado na Av. Bandeirantes no 3900, Campus universitário, Ribeirão Preto, CEP: 14040-902 e telefones: (16) 3315-3951/3237-3487. Caso persistam dúvidas, ainda, é possível o contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da EERP-USP (CEP), situado no mesmo endereço, telefone (16) 3315-3386, que funciona em dias úteis, das 8 às 17 horas. O CEP tem por função a tarefa de zelar pela integridade e direito dos sujeitos das pesquisas, revisando e acompanhando projetos e estudos que envolvem seres humanos e fomentando a reflexão em torno da ética na ciência.

Ribeirão Preto, ____ de _____ de 2015.

Allan Correa Aiub
Mestrando do Programa de Enfermagem
de Saúde Pública da EERP-USP
Av. Bandeirantes no 3900, Campus
Universitário, Ribeirão Preto, CEP:
14040-902 e telefones: (16) 3315-
3951/3237- 3487
allan.aiub@usp.br

Silvana Martins Mishima
Profa Titular do Departamento de Saúde
Materno-Infantil e Saúde Pública da
EERP-USP - Orientadora
Av. Bandeirantes no 3900, Campus
Universitário, Ribeirão
Preto, CEP: 14040-902 e telefones: (16)
3315-3951 - smishima@eerp.usp.br

Eu, _____
_____, exercendo o cargo de _____ no/ na
_____, abaixo assinado, tendo recebido os
esclarecimentos que constam na primeira página desta folha, aceito participar da pesquisa,
recebendo neste momento via assinada deste termo.

Ribeirão Preto, ____ de _____ de 2015.

ANEXO

ANEXO 1
Comitê de Ética em PesquisaESCOLA DE ENFERMAGEM DE
RIBEIRÃO PRETO - USP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A Educação Permanente em Saúde no processo de trabalho do enfermeiro: concepções e resultados das práticas de EPS nos municípios da DRS III - Araraquara

Pesquisador: Allan Corrêa Aiub

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 38849514.1.0000.5393

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

Patrocinador Principal: FUNDACAO DE AMPARO A PESQUISA DO ESTADO DE SAO PAULO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 951.938

Data da Relatoria: 10/02/2015

Apresentação do Projeto:

Na sociedade contemporânea, o modelo de organizar o trabalho, formar o trabalhador e articular a demanda, carrega traços advindos do modelo de produção fordista, no qual o trabalhador assume o papel de engrenagem morta/viva na linha de produção, completamente substituível e mecanizada, desprovida de poder decisório, resolutivo ou autônomo, e a demanda equilibra-se na tênue linha que mescla o universo das particularidades e o poder de massificação da sociedade de consumo. Em diversos setores e instituições, tais como nos serviços de saúde, este modelo tradicional mostra-se pouco resolutivo frente às necessidades e peculiaridades do trabalhador e do usuário, posto que, da mesma maneira que produz trabalhadores alienados, separando a prática da lucidez contextualizada, também perpassam por suas falhas, repetidamente, os mesmos problemas. A Atenção Básica assume o papel central nesta organização e considerando sua atribuição de porta de entrada preferencial no sistema de saúde, seu caráter coordenador do fluxo na rede de saúde, a complexidade inerente às situações e agravos aí presentes, indica-se a necessidade da revisão do processo de trabalho desenvolvido. Deste contexto emergem, pois, questões que visam aprimorar as relações de trabalho, viabilizando a qualificação da atenção à saúde, fortalecendo o poder resolutivo da atenção básica. Os reflexos da construção de uma adequada interação entre os profissionais da equipe de saúde conjoinam na qualidade do

Endereço: BANDEIRANTES 3900

Bairro: VILA MONTE ALEGRE

CEP: 14.040-902

UF: SP

Município: RIBEIRAO PRETO

Telefone: (16)3315-3386

E-mail: cep@eerp.usp.br

**ESCOLA DE ENFERMAGEM DE
RIBEIRÃO PRETO - USP**

Continuação do Parecer: 951.938

cuidado prestado e a qualidade deste cuidado é uma das vias de fortalecimento do SUS. Não obstante, a concepção acerca da qualidade da atenção, por vezes, também é obscura aos membros das equipes de saúde, faltando-lhes aporte teórico e prático, e neste sentido, a Educação Permanente em Saúde visa, também, suprir esta demanda.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo central desta pesquisa é investigar de que maneira os enfermeiros das unidades básicas de saúde dos municípios de pequeno porte compreendem, articulam e operacionalizam as práticas da EPS como resposta às ações de Educação Permanente em Saúde implementadas pelo nível regional no território do DRS III - Araraquara-SP.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não se prevêem benefícios imediatos, porém, a contribuição dos participantes a esta pesquisa pode ajudar a identificar como as práticas de EPS que vêm sendo desenvolvidas nos municípios, as experiências positivas, as dificuldades presentes no desenvolvimento das práticas de EPS, e, com estes dados, podem subsidiar a ampliação das possibilidades de fortalecimento destas ações no conjunto dos municípios. Os riscos previstos relacionam-se a algum desconforto no momento de resposta às perguntas, a exemplo da efetividade do trabalho exercido pelos sujeitos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de uma pesquisa de caráter exploratório-descritivo, de abordagem qualitativa realizada na região de abrangência da Direção Regional de Saúde III de Araraquara (DRS III), que está localizada na região nordeste do estado de São Paulo. A sede do DRS III é o próprio município de Araraquara, e a região compreende vinte e quatro municípios. Neste estudo, considera-se como cenário para a pesquisa os municípios de pequeno porte da região do DRS III, ou seja, aqueles com até 20 mil habitantes. Os dados primários serão obtidos por meio de entrevista semiestruturada junto aos enfermeiros das unidades de saúde dos 14 municípios com até 20 mil habitantes das 4 Regiões de Saúde. Os dados sobre o número de unidades de saúde e de enfermeiros em cada município serão obtidos através do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados o projeto, cronograma de execução, orçamento, autorização da Secretaria Municipal da Saúde e o TCLE.

Endereço: BANDEIRANTES 3900
Bairro: VILA MONTE ALEGRE **CEP:** 14.040-902
UF: SP **Município:** RIBEIRÃO PRETO
Telefone: (16)3315-3386 **E-mail:** cep@eerp.usp.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE
RIBEIRÃO PRETO - USP



Continuação do Parecer: 951.938

Recomendações:

As recomendações foram seguidas pelo pesquisador.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O pesquisador realizou as mudanças recomendadas, inseriu o contato do CEP e formatou as assinaturas dos pesquisadores e participantes na mesma página.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Parecer apreciado "ad referendum"

RIBEIRAO PRETO, 11 de Fevereiro de 2015

Assinado por:
Angelita Maria Stabile
(Coordenador)

Endereço: BANDEIRANTES 3900
Bairro: VILA MONTE ALEGRE **CEP:** 14.040-902
UF: SP **Município:** RIBEIRAO PRETO
Telefone: (16)3315-3386 **E-mail:** cep@eerp.usp.br