



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA COM ÁREA DE
CONCENTRAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA EM SERVIÇOS DE SAÚDE
COM ÊNFASE EM VIGILÂNCIA EM SAÚDE
TURMA TOCANTINS**

JULIANA PINHEIRO MATIAS

**EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NA SUPERINTENDÊNCIA DE
VIGILÂNCIA, PROMOÇÃO E PROTEÇÃO À SAÚDE DO TOCANTINS**

**SALVADOR
2017**

JULIANA PINHEIRO MATIAS

EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NA SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA,
PROMOÇÃO E PROTEÇÃO À SAÚDE DO TOCANTINS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia – ISC/UFBA, como exigência para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva com área de concentração em Epidemiologia em Serviços de Saúde com ênfase em Vigilância em Saúde.

Orientadora: Liliana Santos.

SALVADOR
2017

Ficha Catalográfica
Elaboração Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

M433e Matias, Juliana Pinheiro.

Educação Permanente em Saúde na Superintendência de Vigilância,
Promoção e Proteção à Saúde do Tocantins / Juliana Pinheiro Matias. –
Salvador: J.P.Matias, 2017.

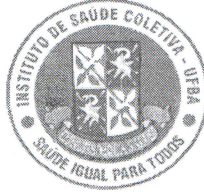
72 f.

Orientadora: Profa. Dra. Liliana Santos.

Dissertação (mestrado profissional) – Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal
da Bahia.

1. SUS. 2. Educação Permanente em Saúde. 3. Serviços de
Saúde. I. Título.

CDU 614.2:37



Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva – ISC
Programa de Pós - Graduação em Saúde Coletiva

Juliana Pinheiro Matias

“Educação permanente em saúde na superintendência de Vigilância,
Promoção e Proteção à Saúde do Tocantins”.

A Comissão Examinadora abaixo assinada, aprova a Dissertação, apresentada em sessão pública ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

Data de defesa: 06 de setembro de 2017

Banca Examinadora:

Liliana Santos

Profa. Liliana Santos – ISC/UFBA

Cristianne Maria Fammer Rocha

Profa. Cristianne Maria Fammer Rocha - UFRGS

Clarice Santos Mota

Profa. Clarice Santos Mota – ISC/UFBA

Salvador
2017

DEDICATÓRIA

A todas as instituições de saúde que se propõem ao desafio de implantar e implementar atividades educativas na lógica da proposta da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e que tem enfrentado os obstáculos pertinentes a esse processo de transformação e desenvolvimento do Sistema Único de Saúde - SUS.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela inteligência e capacidade a mim concedidas, frente aos obstáculos enfrentados diariamente e que não são fáceis;

Aos meus pais, pelo incentivo, torcida positiva e apoio incondicional;

Aos colegas de Curso, pela distração nas aulas presenciais, tornando o aprendizado mais criativo e prazeroso;

Aos Mestres do ISC UFBA, pelo aprendizado, pela humildade e pelos ensinamentos para a vida toda. Vocês me motivaram a ser uma profissional diferenciada e a contribuir com o SUS, não só no serviço, mas também na pesquisa;

A minha amada Orientadora Lili, Dra. Liliana Santos, pela docilidade, pela disposição, pelos apontamentos, pelas considerações e ensinamentos. Agora vejo a Educação Permanente em Saúde numa lógica muito mais amadurecida, científica e palpável;

A Banca de Qualificação e Defesa, composta pelas Doutoradas Liliana Santos, Clarice Santos Mota e Cristianne Maria Famer Rocha. O meu muito obrigada pelas contribuições. Vocês me agraciaram com momentos de avaliação construtivista e assim só acrescentaram experiência prática, riqueza, beleza e motivação ao meu estudo;

A Equipe da Secretaria Geral de Ensino da ETSUS/SES/TO, pelo acolhimento e motivação no momento da coleta de dados. O zelo e organização de vocês com o material coletado foram imprescindíveis para o sucesso desse estudo;

Aos meus maravilhosos Colegas de trabalho da Diretoria de Vigilância Ambiental e Saúde do Trabalhador, em especial a gerencia de Vigilância em Saúde Ambiental, nas pessoas de Adriane Feitosa Valadares, Edna Moreira Soares e Silene Miranda Lima, pela minha recepção e aceitação e pela compreensão e paciência comigo nesse momento de estudo e construção do saber. O desejo de retribuir é imenso.

Por fim, quero agradecer aos governos Dilma Rousseff e Marcelo Miranda por terem me oportunizado a concretização de um sonho, que é tornar-me mestre.

Não posso finalizar sem deixar de mencionar a dedicação do Dr. Eduardo Mota. Meus Parabéns! O senhor é um exemplo a seguir. Muito obrigada por tudo.

RESUMO

Objetivo: Este estudo buscou analisar como os princípios da Educação Permanente em Saúde se manifestam na proposição e desenvolvimento dos Processos Educacionais ofertados pela Superintendência em Vigilância, Promoção e Proteção à Saúde, da Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Tocantins – SVPPS/SES/TO, aos servidores municipais e estaduais de saúde do Estado do TO. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa de caráter descritivo-analítico sobre o uso dos princípios da Educação Permanente em Saúde – EPS, nos processos educacionais ofertados por técnicos da SVPPS/SES/TO, aos trabalhadores do Sistema Único de Saúde tocaninense – SUS/TO, através da análise de documentos oficiais. **Resultado:** No período de 2012 a 2015 a SVPPS/SES/TO ofertou 144 (cento e quarenta e quatro) cursos aos profissionais de saúde do Estado do TO. Desse total, 47 (quarenta e sete) cursos foram analisados. Identificamos nos processos educacionais analisados o atendimento das necessidades dos usuários através da ampliação do acesso aos serviços já instalados e/ou da instalação de novos serviços e do fomento a formação de equipes humanizadas, dialéticas e informativas. Foram capacitados em sua maioria enfermeiros e médicos, embora a grande parte dos cursos tenha tido um público-alvo multiprofissional, o que não significa, porém, que os mesmos tenham garantido a compreensão do saber/fazer das diferentes categorias profissionais envolvidas. Os cursos eram em sua maioria tecnicista, biólogo, centrados no modelo biológico do processo saúde-doença e reforçaram o modelo biomédico da assistência, mas observamos que houve um esforço para o uso de metodologias ativas no processo de ensino-aprendizagem, por meio da contextualização e problematização dos temas, do reconhecimento e valorização do conhecimento prévio dos educandos e uso de trabalhos em grupo. **Conclusão:** Para compreender os desafios que o sistema de saúde e a população tocaninenses demandam continuamente e fomentar a EPS na SVPPS/SES/TO, recomendamos a gestão a capacitação de seus técnicos sobre os princípios da EPS e as técnicas de metodologias ativas e de avaliação construtivista, bem como a construção do Projeto Político Pedagógico interno, a criação de espaços de EPS, a valorização do profissional e, sobretudo, a atualização dos cursos ofertados.

Palavras-chave: Saúde. SUS. Educação Permanente. Serviços de Saúde.

ABSTRACT

Objective: This study sought to analyze how the principles of Permanent Education in Health are manifested in the proposal and development of Educational Processes of Prestige by the Superintendence in Health Surveillance, Promotion and Protection of the State Health Department of the State of Tocantins - SVPPS/SES/TO, To the municipal and state health officials of the State of the TO. **Methodology:** This is a descriptive-analytical research on the use of the legislation of the Permanent Education in Health - EPS, our educational processes of technicians by SVPPS/SES/TO of the workers of the Unified Health System of Tocantins - SUS/TO Through Analysis of official documents. **Outcome:** During the period from 2012 to 2015 the SVPPS/SES/TO offered 144 (one hundred and forty-four) courses of health professionals from the State of TO. Of this total, 47 (forty-seven) courses of analysis. We identify in educational processes analyzed or met the needs of users by expanding access to services already installed and / or installing new services and encouraging the formation of humanized, dialectical and informative teams. What is not significant, however, is that they have guaranteed the understanding of the know-how of the different categories, the professionals who are involved. The media, biologist, centered without a biological model of the health-disease process and reinforced the biomedical model of care, but a process is observed for the use of active methodologies in the teaching-learning process, through contextualization and problematization Recognition of the students' prior knowledge and use of group work. **Conclusion:** For knowledge about the health system and the population, continuously request and create an EPS in the SVPPS/SES/TO, I recommend a management of the capacity of its technicians on the principles of EPS and the techniques of active methodologies and constructivist evaluation, As well as a construction of the Internal Political Pedagogical Project, a creation of spaces of EPS, a valuation of the professional and above all, an update of the courses.

Keywords: Health. SUS. Permanent Education. Health services.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	10
1 INTRODUÇÃO.....	12
2 OBJETIVOS	13
3 REVISÃO DE LITERATURA	14
3.1 Educação Permanente em Saúde.....	15
3.2 Processo de Trabalho em Saúde	17
3.3 Educação Permanente nos Processos de Trabalho em Saúde	18
4. METODOLOGIA	20
4.1 Plano de Análise	21
4.2 Aspectos Éticos.....	26
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	27
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	54
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	57
APÊNDICE A	62
APÊNDICE B.....	63
APÊNDICE C - Instrumento de Sistematização.....	64
APÊNDICE D - Matriz de Avaliação de Projetos Educacionais.....	65
APÊNDICE E - Modelo de Projeto Educacional.....	68
ANEXO I - Termo de Liberação para Coleta de Dados - ETSUS.....	72

APRESENTAÇÃO

Fiz graduação em Ciências Biológicas, na Fundação Universidade do Tocantins – UNITINS, hoje Universidade Federal do Tocantins – UFT. Enquanto a maioria de meus colegas de graduação se interessou pelas vocações tradicionais da biologia (fauna e flora do cerrado), eu me dediquei à área da saúde e analisei o número de óbitos ocasionados por câncer em Porto Nacional, Tocantins, na década de 1990, mostrando um retrato fiel e inédito da população deste município em meu trabalho de conclusão de curso.

Entre 2003 e 2006 eu atuei como educadora, nas disciplinas ciências e biologia, tanto no Ensino Regular (5ª a 8ª série e 1º ao 3º ano) quanto na modalidade de Ensino de Jovens e Adultos – EJA. Enquanto educadora a minha intenção primordial era emancipar os educandos através do conhecimento para que eles cuidassem conscientemente de sua saúde, da saúde dos demais a sua volta e também da saúde do ambiente. Entre 2006 e 2008 atuei como Assessora Técnica da Secretaria de Educação do Estado do Tocantins – SEDUC/TO. Lá integrei a equipe que construiu a Proposta Curricular do Ensino Médio, sendo responsável pelo capítulo de Biologia. Desde então, este documento norteia o ensino médio dos estudantes tocaninenses, e segundo ele o ensino de biologia deve ser dividido em 03 (três) grandes eixos teóricos: saúde, ecologia e tecnologia, considerados conceitos básicos a serem apreendidos ao longo das séries por meio de conceitos, temas estruturantes, habilidades e sugestões didáticas.

Em 2010 assumi um concurso público de nível estadual como Pesquisadora Docente em Saúde Pública na Secretaria de Saúde do Estado do Tocantins - SES/TO. Inicialmente eu atuei na equipe que regulamenta a realização de pesquisa científica em unidades estaduais de saúde (assistência e/ou gestão), posteriormente no Núcleo de Educação Permanente - NEP, da Superintendência de Vigilância, Promoção e Proteção à Saúde - SVPPS, e atualmente estou integrando a equipe de Vigilância em Saúde Ambiental, estando responsável por elaborar um curso EaD sobre Intoxicação por Agrotóxico.

Este trabalho surgiu a partir de minhas reflexões enquanto técnica do NEP SVPPS/SES/TO, no período de 2012 a 2016, onde observei que as áreas técnicas ofertam muitos cursos de atualização e qualificação aos profissionais de vigilância em saúde dos 139 municípios tocaninenses. Em sua maioria, esses cursos são ofertados para profissionais específicos, focando nas categorias profissionais e baseados em necessidades individuais e não nas necessidades de saúde da população. São caracterizados também por conteúdos técnico-científicos de cada área, com duração máxima de 40 (quarenta) horas semanais e

usando como estratégia de ensino-aprendizagem a oferta direcionada de conhecimentos especializados.

Nessa perspectiva, o presente estudo, ao analisar como os princípios da EPS se manifestam na proposição e desenvolvimento dos Processos Educacionais ofertados pela SVPPS/SES/TO aos servidores municipais e estaduais de saúde, visa contribuir com a implementação dos mesmos nos futuros cursos ofertados e, conseqüentemente, melhorar os serviços ofertados à população por meio da problematização dos ambientes de trabalho e de sua rotina e da formação de profissionais com conhecimentos técnico-científicos, incorporando a suas práticas relações de alteridade com os usuários.

1 INTRODUÇÃO

De acordo com a Constituição Federal Brasileira, no artigo 200, é papel do Sistema Único de Saúde – SUS, ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde, desde a formação técnica até a pós-graduação e o aperfeiçoamento, como forma de garantir saúde a todo brasileiro, através da formulação e execução de políticas públicas pautadas nos determinantes de saúde, na redução de riscos e agravos, nas ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e no estabelecimento de condições que assegurem o acesso aos seus serviços, de forma universal, igualitária, integral, autônoma, descentralizada, regionalizada e hierarquizada (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990).

No entanto, o que se percebe, na maioria das equipes, é um serviço ainda centrado na recuperação, com práticas tradicionais, fragmentadas, alheias a realidade local e com baixa capacidade de responder aos desafios impostos. Isso pode ser reflexo de uma formação igualmente fragmentada e limitada a especializações, formando profissionais pouco críticos, com uma precárias relações de equipe e destas com os usuários e pouco capazes de atender as necessidades da população e as constantes mudanças ocorridas no complexo sistema de saúde (YAMAMOTO, 2015).

Além disso, as atividades de educação nos serviços de saúde são fortemente marcadas pela uniprofissionalidade, pontuais, com conteúdos de ordem técnico-científicas de cada área, construídos com base no diagnóstico de necessidades individuais (agravos específicos), desarticuladas e fragmentadas, frequentemente desvinculadas das necessidades de saúde de grupos populacionais, sendo assim dirigidas aos indivíduos e às profissões, e não às práticas sociais, como apontado pela Educação Permanente em Saúde - EPS (PEDUZZI *et al.*, 2009).

Nesse sentido, e levando em consideração as ações educativas desenvolvidas pela SVPPS/SES/TO, surgiu o interesse para a realização deste estudo, que tem o objetivo de analisar como os princípios da EPS se manifestam nas ações de educação e formação profissional desenvolvidas pela SVPPS/SES/TO.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar como os princípios da Educação Permanente em Saúde se manifestam nas ações de educação e formação profissional desenvolvidas pela SVPPS/SES/TO.

2.2 Objetivos Específicos

- ✓ Descrever as ações educativas desenvolvidas pela SVPPS/SES/TO;
- ✓ Identificar os princípios de EPS em processos educacionais utilizando como fontes de informação documentos oficiais da SVPPS/SES/TO.
- ✓ Analisar aproximações e afastamentos entre os processos educacionais e a EPS.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Apesar de o Sistema Único de Saúde - SUS, ser amparado pela Constituição Federal e regulamentado por Leis, são grandes os obstáculos para sua consolidação, os quais se relacionam à necessidade de substituição de uma prática que, por muitas décadas, foi arraigada nos aspectos curativos, na assistência hospitalar e na super-especialidade, por outra prática multiprofissional segundo os interesses e necessidades da população que valoriza a integralidade, o cuidado humanizado e que atenda às necessidades de saúde da população e aos princípios e diretrizes do SUS. A principal aposta na possibilidade de implantar um novo modelo de atenção está em uma formação profissional condizente com a realização de práticas profissionais mais conectadas às necessidades de saúde da população (Marin *et al.*, 2010; GIGANTE e CAMPOS, 2016).

O SUS depende, então, da formação de profissionais com uma perspectiva humanista, que integre as dimensões pessoal, social e profissional, com competências éticas, políticas e técnicas, capacidade crítica e sensibilidade para pensar as questões da vida e da sociedade e para atuar em contextos de incerteza e complexidade. Profissionais que sejam capazes de abordar o processo saúde-doença de maneira ampliada (GIGANTE e CAMPOS, 2016).

Impõe-se, portanto, às instituições comprometidas com a formação de profissionais para a área da saúde, o grande desafio de favorecer a formação de sujeitos com uma visão ampliada de saúde, ativos e comprometidos com a transformação da realidade, considerando a complexidade que a caracteriza. Faz-se necessário, nessa perspectiva, reorganizar as formas de produzir o conhecimento, até então representado pela disciplinaridade, fragmentação do objeto e crescente especialização e reduzindo-se o saber à busca pela eficiência técnica, pois é preciso considerar que as ações de saúde se desenvolvem em cenários complexos e extremamente heterogêneos, e que devem ter como foco as necessidades de saúde da comunidade e a construção do SUS (Marin *et al.*, 2010; GIGANTE e CAMPOS, 2016).

Essa é uma preocupação que esteve presente na pauta das Conferências Nacionais de Saúde desde as suas primeiras formulações, mesmo que de forma vaga e pouco estruturada, abordando apenas a formação de médicos e técnicos de saúde. Na VI Conferência, 1977, foi abordada a necessidade de incluir novos conhecimentos na carreira de sanitário e na VIII Conferência, 1986, considerada um marco diferencial, foi sugerida a adoção da capacitação e reciclagem permanente de recursos humanos e formação de profissionais de saúde integrada ao sistema regionalizado e hierarquizado de atenção à saúde. Na IX Conferência, 1992, a formação é vista como uma forma de implementação do SUS e há uma valorização da

educação voltada para o trabalho. As Conferências X e a XI, 1996 e 2000 respectivamente, enriqueceram o debate, ampliando e aprofundando propostas das conferências posteriores (GIGANTE e CAMPOS, 2016) que culminou com a materialização, em 2004, da Política Nacional de Educação permanente em Saúde - PNEPS, por meio da portaria nº 198 GM/MS (PINTO *et al.*, 2013; GIGANTE e CAMPOS, 2016).

3.1 Educação Permanente em Saúde

De acordo com SMAHA (2010), o termo Educação Permanente - EP, surge no campo da Educação, em 1960 como necessidade dos novos tempos e em 1970 já fazia parte da produção científica mundial, passando a ser uma Política Educacional defendida e disseminada pela Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura – UNESCO, através do projeto “Cidade Educativa”. Este projeto foi assumido por vários países, entre eles o Brasil, que mesmo não tendo Educação Fundamental dentro dos padrões mínimos desejáveis, almejava implantar uma educação para a vida toda (SMAHA, 2010).

Em 1980 a EP se estendeu para a área da Saúde, como uma necessidade de readequação de seus Recursos Humanos - RHS, uma preocupação da Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS, manifestada em 1958, na realização da 1ª. Conferência Pan-Americana, no Canadá, ocasião em que publicaram um estudo sobre as condições sanitárias das Américas. Nesse documento ficou explícito que os profissionais da saúde não estavam respondendo à demanda emergente e a proposta para solucionar essa problemática foi disseminar a EP pela América Latina como uma estratégia para alcançar o desenvolvimento profissional e técnico do RH da saúde ao relacionar o trabalho e os conhecimentos técnico-científicos e ao identificar as necessidades da população e do serviço e buscar as soluções para os problemas encontrados. Surgia, então, a Educação Permanente em Saúde - EPS (SMAHA, 2010).

Nesse sentido, em 1984 a OPAS passa a disseminar a EPS nas Américas, liderando grupos latino-americanos para formular novos conceitos de formação profissional, justificados em novos referenciais metodológicos. Representantes do Brasil participaram ativamente nesse processo de discussão e de construção teórico-metodológica através do movimento da Reforma Sanitária Brasileira, durante a década de 80, que culminou com a estruturação do novo modelo de saúde do país, o SUS, e das discussões nas Conferências Nacionais de Recursos Humanos da Saúde I e II, realizadas em outubro de 1986 e setembro de 1993, respectivamente, cujos resultados serviram de base para a composição da Norma

Operacional Básica de Recursos Humanos em Saúde – NOB/RH/SUS, proposta em 1996 e aprovada em fevereiro de 2002 – o Sistema Único de Saúde (SUS) (LEMOS, 2010; FERRAZ *et al.*, 2012).

Em 2004 foi instituída a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde - PNEPS, através da Portaria n. 198/GM/MS (Brasil, 2004), como estratégia para formar e desenvolver os trabalhadores do SUS (BRASIL, 2004). Essa política teve suas diretrizes e seus recursos financeiros definidos, respectivamente, pelas Portarias nº 1.996/2007 (Brasil, 2007) e nº 2.200/2011 (BRASIL, 2011; YAMAMOTO, 2015).

Essa política foi formulada para se alcançar o desenvolvimento do SUS, ao reconhecer que só será possível preparar os trabalhadores para que estejam sensíveis às constantes mudanças ocorridas nesse sistema de saúde mediante a aprendizagem significativa, em que o conhecimento a ser construído se alicerce nas novidades e no que já se tem como consolidado, capacitando o profissional a resolver problemas já estabelecidos e buscar soluções para as necessidades da comunidade. É uma forma de aprimorar a qualidade dos serviços ao colocar o processo de trabalho no processo de ensino-aprendizagem, capaz de se remodelar de acordo com as rápidas mudanças ocorridas nas ações e nos serviços de saúde. É uma atualização cotidiana das práticas, seguindo os novos aportes teóricos, metodológicos, científicos e tecnológicos disponíveis (MASSAROLI & SAUPE, 2008).

Assim, a EPS cria condições para a incorporação dos princípios do SUS - universalidade, equidade, integralidade e participação social - ampliando a possibilidade dos usuários obterem o cuidado necessário, auxiliando gestores na formulação de políticas e na tomada de decisões, gerando mudanças de produtividade, economia de meios e otimização de recursos (YAMAMOTO, 2015).

Isso só é possível, porque a EPS busca uma formação multissetorial e Inter profissionalmente, através da interlocução ensino/serviço, da problematização do cotidiano profissional e das experiências vivenciadas. É o processo de ensinar e aprender. A formação ocorre de forma descentralizada, ascendente e em equipe, em todos os locais e envolvendo vários saberes. O trabalhador da saúde deixa de ser um mero expectador nos cursos, para ser um propositor de discussões e ações, um ator com papel fundamental na implementação dessa Política (SMAHA, 2010; FERRAZ *et al.*, 2012).

3.2 Processo de Trabalho em Saúde

Trabalho é toda a ação humana sobre a natureza objetivando transformá-la em um produto que satisfaça as necessidades humanas. Nessa atividade, que se faz em uma relação dialética, há uma mútua transformação, resultando, também, na transformação dos homens (COUTINHO, 2009). É uma atividade especificamente humana, individual ou coletiva, tendo um caráter social ao garantir a sociabilidade entre os homens (COUTINHO, 2009), exigindo deles o compromisso com o respeito, o afeto, a dedicação, a sensibilidade, a fraternidade e tantas outras substâncias próprias de seus protagonistas – os trabalhadores em atividade. É também uma atividade transformadora, ao transformar os mundos do trabalho e o cotidiano. É, portanto, um conjunto de meios físicos, de sujeitos humanos, de tecnologia, de hierarquias e de organização. Esse conjunto está em permanente mudança, seja pelas inovações tecnológicas, seja pelas alterações organizacionais e o seu resultado depende dos objetivos organizacionais a se atingir e dos meios para atingi-los. (OLIVEIRA *et al.*, 2013).

Para Fontana (2016) o processo de trabalho em saúde é um conjunto de ações coordenadas, desenvolvidas pelos trabalhadores, onde indivíduos, famílias e grupos sociais compõem a natureza de trabalho, e os saberes e métodos representam os instrumentos que originam a atenção em saúde. Os modelos de atenção refletem as combinações tecnológicas para o alcance dos objetivos, ao orientar a ação e organizar os meios de trabalho (saberes e instrumentos).

Ele pode ser expresso tanto em equipamentos e saberes tecnológicos estruturados de forma repetitiva (trabalho morto), como também no encontro de subjetividades, liberdades para escolher o modo de fazer essa produção e das singularidades individuais (trabalho vivo). O trabalho vivo em saúde evidencia-se não somente na dimensão individual (sujeição) ou na adequação do trabalhador às regras estabelecidas, mas também a incorporação por parte dele da ideia de uma responsabilidade pessoal e coletiva, desvinculando a ideia do trabalho em saúde pautado unicamente em equipamentos tecnológicos (BORGES *et al.*, 2016).

É um trabalho heterogêneo em função de seu diversificado corpo profissional, cujos conhecimentos, técnicas e linguagem diferenciam-se e se complementam, mas, segundo Borges, não sem resistências e conflitos, e contribuem significativamente para o desenvolvimento de uma consciência e de uma identidade (BORGES *et al.*, 2016).

Silva *et al.* (2015) defendem que a integração entre os diferentes profissionais de saúde carece de esforço cognitivo para dialogar, lidar com as diferenças, fazer e receber críticas, tomar decisões de modo compartilhado, construir relações de cooperação e envolver

as equipes de trabalho nas práticas e conhecimentos distintos, valorizando-as no conjunto do trabalho em saúde. É importante que tal grupalidade tenha como principal elemento de articulação a produção de cuidado para os usuários. Nesse processo é importante que a equipe de trabalho se visualize protagonista do processo de trabalho (GRAZIANO, 2012; SILVA *et al.*, 2015).

Por fim, o trabalho em saúde nos convida a uma reflexão sobre o cuidado à saúde, na perspectiva do encontro entre profissionais de saúde e usuários, deslocando o foco da intervenção das práticas de saúde da cura das patologias para o cuidado dos sujeitos. Assim exige dos trabalhadores atos e ações que transcendam a saberes, métodos e técnicas relacionados à sua formação profissional. É preciso que os sistemas de saúde reconheçam os indivíduos doentes, ou susceptíveis ao adoecimento, em suas relações, contextos e representações, constituindo um modo radicalmente diverso de conceber a saúde e a doença, bem como de organizar os serviços para intervir sobre seus determinantes (OLIVEIRA *et al.*, 2012). Dessa forma, é necessário realizar uma prática social crítica e consciente da historicidade da realidade processual e do processo saúde-doença da sociedade, cujo resultado decorre das contradições sociais e está em constante transformação (GRAZIANO, 2012).

3.3 Educação Permanente nos Processos de Trabalho em Saúde

Ao considerar os problemas enfrentados na realidade e as experiências e os conhecimentos que as pessoas já têm, Educação Permanente em Saúde cumpre o papel de estimular a produção de subjetividade, habilidades técnicas e o adequado conhecimento do SUS no profissional de saúde, estimulando neles o vínculo com a população e os serviços de saúde pública (CECCIM, 2014).

Em um trabalho que buscou relatar a experiência de implementação da PNEPS no município de Embu das Artes, São Paulo, Carotta (2009) listou como principais resultados alcançados, entre outros, a criação de Núcleos de Educação Permanente em Saúde, mudanças nas estratégias de acolhimento de usuários nas Unidades de Saúde, criação de espaços de reflexão do trabalho nas Unidades de Saúde e uma maior participação e responsabilização dos trabalhadores. Nesse processo houve facilidades e dificuldades, e o comprometimento e interesse de gestores e facilitadores facilitaram a inclusão de reuniões e rodas de conversa na rotina do trabalho. Aplicar os conceitos de EPS foi uma dificuldade encontrada, bem como aprofundar as reflexões e incluir profissionais médicos e usuários nessas atividades.

Em um trabalho similar em Teresópolis, Rio de Janeiro, YAMAMOTO *et al.* (2015) destacaram como resultados das práticas de EPS nas Unidades de Saúde da Família, a melhoria das relações interpessoais, o retorno das reuniões de equipe para a organização do trabalho, favorecendo a adequação dos serviços prestados à realidade das comunidades, criação de grupos de educação em saúde, incluindo e valorizando os Agentes Comunitários de Saúde, atualização permanente, difusão de informações técnicas, participação de alunos de graduação, entre outros, o que permitiu enxergar na PNEPS o seu potencial como prática avaliativa amistosa à integralidade.

Dessa forma, ao articular o ensino e o serviço, agregando aprendizado e crítica sobre o trabalho, resolubilidade clínica e promoção da saúde coletiva, o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano do trabalho, referenciado pelas necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão e do controle social e tendo como objetivo a transformação das práticas profissionais e a organização do trabalho a partir da sua própria problematização. É uma modalidade de ensino em que todos são protagonistas do processo de ensino-aprendizagem e que todos usufruem da produção coletiva (BRASIL, 2004; 2005).

4 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de caráter descritivo e analítico, que utilizou duas estratégias metodológicas, a fim de responder os objetivos propostos no estudo.

Inicialmente foi feita uma busca de produção científica nas bases de dados nacionais Biblioteca Virtual em Saúde – BVS, e Scielo, em caráter secundário, com a intenção de subsidiar cientificamente o estudo. Foram selecionadas publicações do período de 2004, ano em que a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde foi publicada, a 2017 o que permitiu a análise científica atualizada acerca dessa temática.

Para esta busca foram adotadas como descritores as expressões “educação permanente em saúde”, “educação em serviço”, “processo de trabalho em saúde” e “capacitação” e os mesmos foram refinados de acordo com os tipos de estudo e temáticas que foram localizados.

Para a compilação inicial dos dados obtidos, foi elaborada uma matriz de contextualização contendo o título do periódico, o nome dos autores, o ano da publicação, a referência bibliográfica, o objetivo principal, as metodologias usadas, os resultados encontrados e as conclusões do estudo (Apêndice E).

Para compreender os propósitos institucionais e o desenvolvimento de ações educativas, foram utilizadas como fontes de informação documentos oficiais como planos de curso e treinamentos, bem como seus relatórios. Nesta etapa do estudo foram mapeados os tipos de oferta educativa, indicando a existência ou não de princípios da EPS.

Para a compilação inicial dos dados obtidos, foram elaborados dois instrumentos contendo:

- ✓ Matriz A (APÊNDICE A) – Instrumento de Coleta de Dados de Projetos Educacionais, contendo: Diretoria, Título do Projeto Educacional, Carga-horária, Objetivo Geral, Objetivos Específicos, Modalidade do Processo Educacional, Metodologias Educacionais, Estratégias de Avaliação, Público-alvo, Requisitos de Acesso, Perfil Profissional de Conclusão, Perfil do Docente e Critérios de Seleção;
- ✓ Matriz B (APÊNDICE B) – Instrumento de Coleta de Dados de Relatórios Finais de Curso, contendo: Diretoria, Título do Projeto Educacional, Carga-horária, Número Total de Participantes por Categoria Profissional, Conteúdo Programático, Desenvolvimento das Atividades, Competências/Habilidades desenvolvidas, Mudanças esperadas no Processo de Trabalho dos Participantes e Avaliação do desenvolvimento do Processo Educacional.

A partir das matrizes A e B foi elaborada uma Matriz de Sistematização (APÊNDICE C), contendo os mesmos dados, mas aproximando aqueles relacionados:

- ✓ Diretoria
- ✓ Título
- ✓ Planilha 1: Modalidade do Processo Educacional, Carga-horária, Números de Cursos ofertados e Perfil do Docente;
- ✓ Planilha 2: Público-alvo, Requisitos de Acesso, Número total de alunos por Categoria Profissional;
- ✓ Planilha 3: Objetivo Geral, Objetivos Específicos, Competências/Habilidades desenvolvidas, Mudanças esperadas no Processo de Trabalho dos Participantes e Perfil Profissional de Conclusão;
- ✓ Planilha 4: Metodologias Educacionais, Estratégias de Avaliação, Conteúdo Programático, Desenvolvimento das Atividades Avaliação do desenvolvimento do Processo Educacional.

4.1 Plano de análise

Como referência de análise, foi elaborada uma Matriz Analítica com os princípios da EPS e o cotejamento do material categorizado, contendo Título e Categorias Analíticas: Necessidades do Usuário, Aprendizagem Significativa, Trabalho em Equipe Multiprofissional, e Natureza dos Conteúdos, esta subdividida em procedimentos técnicos e humanização dos processos de trabalho (QUADRO 1). Para a construção deste quadro, foi utilizado um gradiente que varia de 1 a 10 de acordo com o número de subcategorias analisadas em cada Categoria Analítica para analisar a intensidade da presença de cada categoria na proposição de cada Curso analisado, oferecendo a possibilidade de compreender a intenção da oferta e sua concretização, visível nos documentos acessados. Assim, quanto maior o número de barras, maior a presença da categoria no curso analisado e quanto menor o número de barras, menor a presença da categoria analisada no curso estudado. Assim, o Quadro 1 foi organizado pintando ou deixando em branco cada quesito e graduando conforme a intensidade da manifestação do mesmo nos documentos analisados.

Os dados coletados na análise documental foram processados em planilha no Microsoft Office Excel para categorização e agrupamento de sentidos, facilitando assim a sua sistematização e tradução em gráficos e tabelas.

4.1.1 Categorias analíticas

Em cada Categoria Analítica foram elencadas subcategorias, a fim de encontrá-las nos cursos estudados e assim verificar a sua presença ou a sua ausência nos mesmos. Essas subcategorias foram retiradas da PNEPS e da leitura feita durante o embasamento teórico do estudo.

a) Necessidades do Usuário

Na categoria Analítica “Necessidades do Usuário” foi observado se os cursos ofertados subsidiaram ao sistema de saúde e a seus profissionais uma prática profissional mais humanizada e acolhedora aos usuários, um serviço mais integrado e que perceba o usuário de forma ampla, em todas as suas dimensões biológicas, emocionais e relacionadas à sua inserção social (ARRUDA, 2017; ESPERIDIÃO, 2006; MORAES, 2011).

Nesse sentido, essa Categoria Analítica foi subdividida em 12 (doze) subcategorias:

- ✓ Ampliação do acesso/serviço;
- ✓ Análise de condições/determinantes de saúde e de risco;
- ✓ Análise do contexto social;
- ✓ Atendimento da demanda local;
- ✓ Conhecimento do perfil epidemiológico da população usaria;
- ✓ Cruzamento entre os saberes profissionais e os fazeres dos usuários;
- ✓ Fortalecimento do vínculo entre o profissional e o usuário por meio do acolhimento, aconselhamento e escuta;
- ✓ Implantação/implementação de novos serviços;
- ✓ Integralidade da assistência;
- ✓ Melhoria/atualização do serviço prestado;
- ✓ Promoção da cidadania do usuário;
- ✓ Superação do modelo biomédico.

b) Aprendizagem Significativa

A “Aprendizagem Significativa” é vista como aquela que se faz por meio de uma abordagem histórica e culturalmente contextualizada e considerando os conhecimentos prévios do educando, favorecendo assim a articulação indivíduo-sociedade e a assimilação da utilidade dos novos saberes. Nessa ótica, o conhecimento é construído através da reflexão crítica da realidade, retirando dela os elementos que conferem significado em direção à

aprendizagem. Favorecem essa aprendizagem os cursos que utilizam metodologias ativas e que se desenvolvem por meio da realização de atividades de cooperação, troca de experiência, de interação, de diversidade e de responsabilidade dos educandos, especialmente em pequenos grupos. Nas últimas décadas têm sido usadas com muito êxito as metodologias ativas, Aprendizagem Baseada em Problemas – ABP e a Problematização na tentativa de atingir esse objetivo (MITRE, 2008; MARIN, 2010; SIMON, 2014; LIMA, 2017).

A Aprendizagem Significativa foi dividida nas seguintes subcategorias:

- ✓ Superação do binômio saúde-doença;
- ✓ Roda de conversa;
- ✓ Aula prática do procedimento técnico aprendido;
- ✓ Construção de Plano de Intervenção em grupo;
- ✓ Leituras dirigidas;
- ✓ Aula prática: simulação do cotidiano;
- ✓ Conexão entre a prática profissional e as necessidades de aprendizagem;
- ✓ Caracterização dos processos de trabalho;
- ✓ Dramatização;
- ✓ Reconhecimento/valorização do conhecimento prévio do educando;
- ✓ Interação, cooperação, participação, protagonismo;
- ✓ Atividades em Grupo;
- ✓ Aula-expositiva-dialogada;
- ✓ Estudo de casos clínicos;
- ✓ Contextualização;
- ✓ Questionamentos, discussão, relato/troca de experiências, levantamento de problemas, relatos pessoais, identificação de dificuldade;
- ✓ Problematização.

c) Trabalho em equipe multiprofissional

Tradicionalmente a assistência está baseada em um modelo no qual os profissionais de saúde dominam técnicas parciais, fragmentadas, isoladas e predominantemente curativas. Esse tem sido um dos grandes problemas vividos ao longo desses 25 (vinte e cinco) anos de implementação do SUS. Na busca pela superação, surge a Equipe Multiprofissional, composta por um grupo de pessoas com diferentes conhecimentos, saberes e enfoques do processo saúde-doença e juntas com uma visão ampla do cuidado, garantindo uma intervenção efetiva

no contexto em que atuam (SILVA e TRAD, 2005; PINHO, 2006; MARIN, 2010; FILHO e SOUZA, 2017).

Nessa perspectiva, priorizou-se o desenvolvimento do trabalho em equipe nos cursos analisados, e esta Categoria Analítica foi subdividida nas seguintes subcategorias:

- ✓ Desenvolvimento de planejamento estratégico comum
- ✓ Público-alvo não mencionado
- ✓ Estimulo ao trabalho em equipe multisetorial
- ✓ Objetivos comuns entre os membros/equipes
- ✓ Público-alvo específico
- ✓ Interação entre os membros
- ✓ Troca de saberes/informações de condições de saúde-doença
- ✓ Fortalecimento/Compromisso com o trabalho em equipe
- ✓ Articulação/desenvolvimento de ações coletivas e multidisciplinares
- ✓ Público-alvo multiprofissional.

d) Natureza dos conteúdos

A busca do homem pelo desenvolvimento tecnológico, desde os tempos mais remotos, vem determinando não só a sua sobrevivência, mas também a sua sujeição e no cuidado em saúde isso levou a importantes perdas vivenciais. O grande desafio é contextualizar o conhecimento científico, o ser humano e as tecnologias em saúde sem fragmentar o cuidado, sem perder as qualidades fundamentais do cuidado do outro, que são o contato, a presença, o afeto, a relação entre os seres envolvidos (ARONE e CUNHA, 2007; RIOS, 2009; BAGGIO *et al.*, 2010; MARQUES e SOUZA, 2010; SCHWONKE *et al.*, 2011).

Considerando a importância dessa discussão e a fim de estabelecer parâmetros para a compreensão dos processos educativos, tornou-se necessário diferenciar a natureza dos conteúdos oferecidos, subcategorizando-os em *Procedimentos Técnicos* e *Humanização dos Processos de Trabalho*.

Cada subcategoria foi ainda esmiuçada em outras, a saber:

Categoria Analítica Natureza dos Conteúdos / Procedimentos Técnicos em subcategorias:

- ✓ Implantação/implementação de serviços;
- ✓ Organização dos processos de trabalho;
- ✓ Rotinas clínicas;
- ✓ Modelo biomédico centrado;
- ✓ Técnico;
- ✓ Implantação/construção de rotinas e fluxos.

Categoria Analítica Natureza dos Conteúdos / Humanização dos Processos de Trabalho em subcategorias:

- ✓ Integralidade da assistência;
- ✓ Análise de determinantes de saúde;
- ✓ Respeito aos princípios da ética, confidencialidade, biossegurança, redução do tempo de espera, respeito à cidadania do usuário;
- ✓ Estimulo/fortalecimento do trabalho em equipe;
- ✓ Responsabilização dos membros da equipe;
- ✓ Fortalecimento da cidadania dos membros da equipe;
- ✓ Estreitamento do vínculo entre os membros da equipe;
- ✓ Transformação dos processos de trabalho;
- ✓ Atendimento com estreitamento de vínculo, acolhimento e aconselhamento.

4.2 Aspectos Éticos

O Projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, de acordo com as Resoluções do CNS nº 466/2012 e nº 510/2016 e aprovado com o número 2.078.507.

O Projeto foi submetido ainda à Assessoria de Ciência, Tecnologia e Inovação da SES/TO, de acordo com a PORTARIA SESAU Nº 796, de 27 de junho de 2014, através da qual recebeu liberação para coleta de dados (ANEXO I).

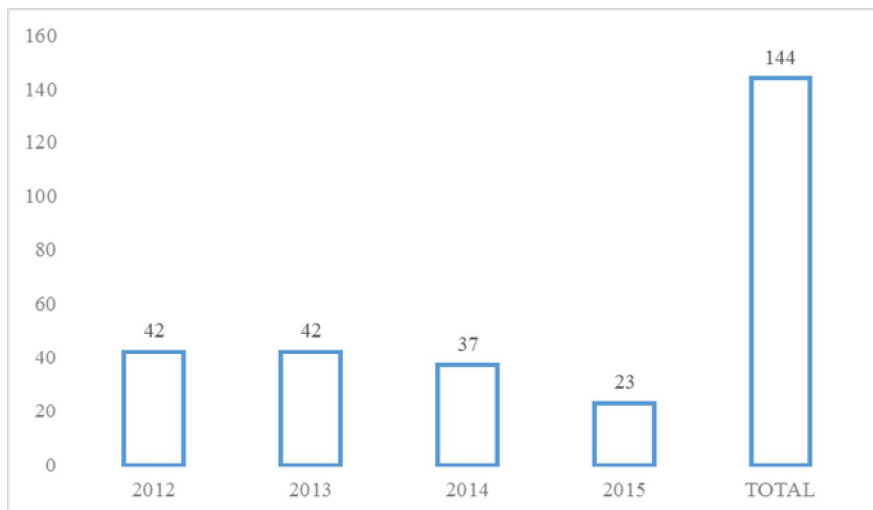
Vale a pena ressaltar ainda que foi e permanecerá sendo um processo em construção e, portanto, as conclusões são processuais e provisórias.

Ainda que foram respeitados os princípios de confidencialidade e sigilo das informações na obtenção dos dados, momento este em que foi dispensado a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE uma vez que o estudo não é intervencionista e não influenciou na rotina dos participantes e/ou adicionou risco ou prejuízo ao seu bem estar. Os dados foram usados somente para os fins descritos na pesquisa.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

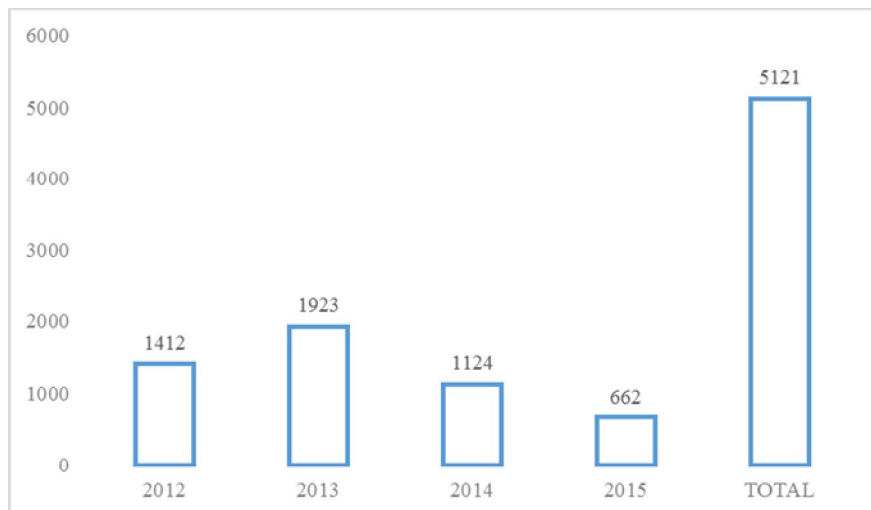
No período de 2012 a 2015, 144 (cento e quarenta e quatro) cursos foram ofertados aos servidores de saúde municipais e estaduais do estado do Tocantins pela Superintendência de Vigilância, Promoção e Proteção à Saúde (Gráfico 1) totalizando 5.121 horas-aulas de cursos e/ou treinamentos (Gráfico 2).

GRÁFICO 1 – Número total de cursos e treinamentos ofertados pela SVPPS/SES/TO, no período de 2012 a 2015.



Instrumento elaborado pela autora com base nos estudos empíricos e no referencial apresentado pelo projeto.

GRÁFICO 2 – Carga-horária total de curso e treinamentos ofertados pela SVPPS/SES/TO, no período de 2012 a 2015.



Instrumento elaborado pela autora com base nos estudos empíricos e no referencial apresentado pelo projeto.

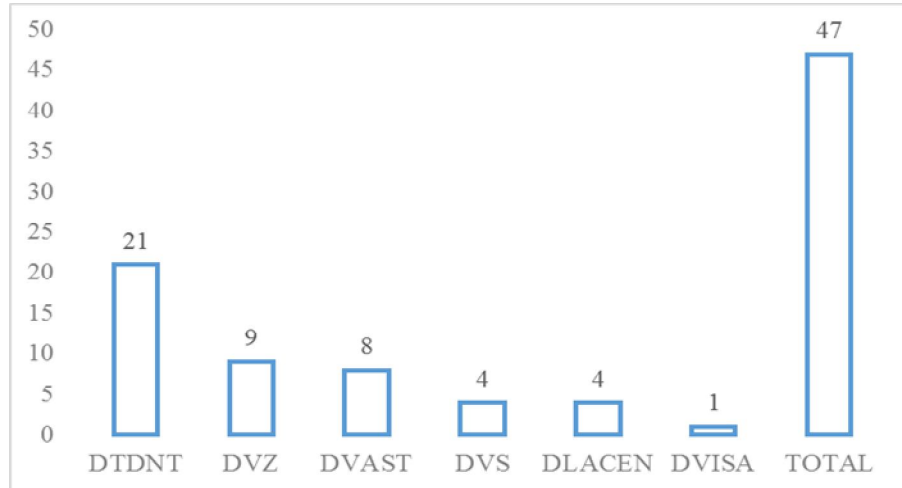
A queda no número de cursos verificada nos anos 2014 e 2015 se deu em função de mudanças no processo de indenização por instrutoria, através da Portaria SESAU Nº 292, de 18 de março de 2014, através da qual foi vedada a concessão de indenização ao servidor público que tenha por atribuição as atividades de instrutoria, considerada, em seu artigo 2º como um ato eventual de planejar, ministrar e mediar processos de ensino-aprendizagem. Nesse sentido, as áreas técnicas que tinham como rotina a atividade de ensino-aprendizagem, foram levadas a adicionar essa atividade as suas atribuições técnicas, o que lhes gerou muita dúvida e desmotivação, impactando diretamente no número de capacitações ofertadas e, por consequência, nos serviços prestados a população SUS dependente (DOE TO, 2014).

Após análise dos impactos negativos dessa portaria, em 2017, por meio da Portaria SES Nº 352, de 23 de maio de 2017, em seu artigo 3º, foi vedada a concessão de indenização somente ao servidor que tenha por designação ou atribuição a função de instrutor em caráter exclusivo e permanente e que realize a atividade de ensino-aprendizagem em horário de expediente (DOE TO, 2017).

Desse total de projetos, somente aqueles com relatórios finais de cursos foram analisados, reduzindo esse universo para 47 (quarenta e sete) cursos e treinamentos. Optamos por essa metodologia para poder fazer um paralelo entre o plano do curso e sua execução, objetivo do presente projeto.

Dos 47 cursos analisados, 21 (vinte e um) foram ofertados pela Diretoria de Vigilância de Doenças Transmissíveis e Não transmissíveis, 09 (nove) pela Diretoria de Vigilância de Doenças Vetoriais e Zoonose, 08 (oito) pela Diretoria de Vigilância Ambiental e Saúde do Trabalhador, 04 (quatro) pela Diretoria de Vigilância em Saúde, 04 (quatro) pela Diretoria do Laboratório Central e 01 (um) pela Diretoria de Vigilância Sanitária (Gráfico 3).

GRÁFICO 3 – Número total de curso e treinamentos ofertados pela SVPPS/SES/TO, por Diretoria, no período de 2012 a 2015.



Instrumento elaborado pela autora com base nos estudos empíricos e no referencial apresentado pelo projeto.

Dos cursos ofertados, somente um foi na modalidade EaD, sendo os demais presenciais, com aulas teóricas com ou sem momentos práticos. Em todos os cursos presenciais o recurso metodológico base foi a aula expositiva-dialogada, a qual pode ser somada recursos como discussão em grupo, discussão de casos clínicos, monitoria, dinâmicas, seminários além de recursos específicos de cada curso.

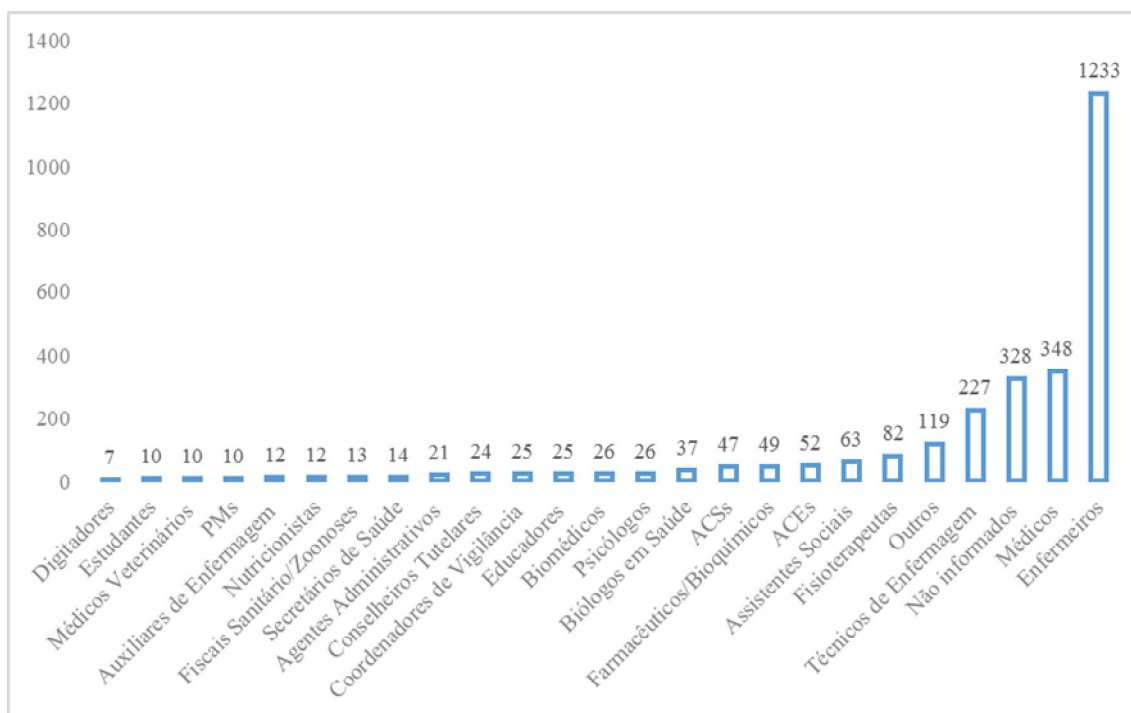
Entre os princípios de EPS identificados nas Metodologias Educacionais dos cursos ofertados posso citar o estabelecimento da conexão entre a prática, a teoria e a realidade local, o levantamento de problemas locais, a troca de conhecimento entre os participantes, rodas de conversas, discussão de situações problemas vivenciadas, relatos de história de vida e uso do Arco de Maguerez (PRADO, *et al.*, 2012).

O curso na modalidade EaD foi realizado pelo Telessaúde, na plataforma Moodle e teve como ferramentas educacionais fóruns permanentes de notícias, sugestões, dúvidas e debates.

As avaliações levaram em consideração a participação, interação, assiduidade, pré e pós testes e frequência mínima de 75% dos participantes.

Em sua maioria, o público-alvo foi multiprofissional. Os enfermeiros foram os profissionais mais capacitados, seguidos de médicos (Gráfico 4).

GRÁFICO 4 – Número total de Profissionais capacitados pelos curso e treinamentos ofertados pela SVPPS/SES/TO, no período de 2012 a 2015.



Instrumento elaborado pela autora com base nos estudos empíricos e no referencial apresentado pelo projeto.

A prevalência de participantes das categorias profissionais médica e de enfermagem pode ser explicada porque dos 47 cursos analisados, 05 (cinco) foram exclusivos para médicos, capacitando 134 profissionais, 03 (três) cursos foram exclusivos para enfermeiros, capacitando 110 profissionais e 04 (quatro) cursos foram exclusivos para médicos e enfermeiros, capacitando, respectivamente, 69 e 180 profissionais, totalizando 203 médicos e 290 enfermeiros capacitados. Outra explicação seria a vocação dos enfermeiros relacionada à temática dos cursos oferecidos.

O grande número de participantes que não tiveram a sua categoria profissional informada, 328 (trezentos e vinte e oito) foi uma falha das áreas técnicas que não consideraram essa informação importante para mencioná-la.

Os facilitadores eram em sua maioria oriundos das áreas técnicas ou convidados, não tendo sido selecionado por processo seletivo.

Os princípios de educação permanente em saúde que se buscou identificar nos processos educacionais analisados os resultados estão agrupadas na quadro 1. Conforme mencionado no Plano de Análise, para o preenchimento do Quadro 1 usou-se duas

metodologias: o preenchimento do quadro na cor azul, para sinalizar a presença da Categoria Analítica no curso estudado e a presença de barras que garante a sua intensidade nos cursos estudados. Assim, quanto maior o número de barras, maior a presença da Categoria Analítica nos cursos, representada por um maior número de subcategorias presentes, e quanto menor o número de barras, menor a presença da categoria analisada no curso estudado. Nesse sentido, podemos afirmar que a Categoria “Necessidades do Usuário” se fez presente mais no curso Capacitação em Vigilância do Tracoma Ocular no Nível da Atenção Primária do que no curso Capacitação em Diagnóstico Laboratorial em LTA, visto que temos 07 (sete) barras e 01 (uma) barra, respectivamente.

QUADRO 1 - Análise dos Processos Educativos executados por técnicos da SVPPS/SES/TO para servidores do SUS tocantinense.

TÍTULO	CATEGORIAS ANALÍTICAS				
	Necessidades do Usuário	Aprendizagem Significativa	Trabalho em Equipe Multiprof.	Natureza dos Conteúdos	
				Proced. Técnicos	Humanização Proc. Trab.
Capacitação em Teste Rápido para diagnóstico do HIV e triagem para Sífilis e Hepatites Virais.	////	////////	//	///	////
Capacitação em diagnóstico de HIV por meio de Teste Rápido na nova plataforma Dual PlatForm – DPP e triagem para Sífilis e Hepatites Virais B e C.	////	////	//	///	////
Qualificação em Vigilância Epidemiológica das DSTs de notificação compulsória e na Metodologia Teste Rápido para diagnóstico da infecção pelo HIV e triagem da Sífilis e Hepatites Virais (B e C).	////////	////	///	///	////
Curso de Vigilância Epidemiológica das DSTs de Notificação compulsória, sífilis e Síndrome do Corrimento Uretral, abordagem síndrome das DSTs e aconselhamento em DST/HIV/Aids.	/	////////	///	//	
Curso Básico de Vigilância Epidemiológica para Sífilis Gestantes, Sífilis Congênita, Infecção pelo HIV em Gestante e Crianças Expostas.	//	///	//	//	/
Curso de Sexualidade e suas várias Expressões	////	////////	//	/	///
Curso de Atualização em Projetos para Ações para Controle da Hanseníase.		///	//	//	
Atualização em Hanseníase para Assessores Técnicos.	//	///	/	///	
Oficina de Reabilitação Cirúrgica voltada para Profissionais Médicos.		//	//	///	
Capacitação para a Atenção Primária na Assistência Integral ao Paciente de Hanseníase.	////	///	/	///	///
Capacitação em Prevenção de Incapacidades.	///	////////	/	///	////
Oficina de Reabilitação Cirúrgica voltada para Profissionais Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais.	///	//	//	///	////
Oficina de Autocuidado e Introdução à Reabilitação Socio-econômica do Paciente de Hanseníase.	////////	///	//	/	////
Capacitação Inter-profissional de Violência e Notificação Compulsória.	//	////	/	/	//
Promovendo a Saúde e Enfrentando a Violência: Capacitação de Profissionais para o Cuidado Integral à Pessoa em Situação de Violência.	////	////	//	/	////
Oficina de investigação de Surtos das Doenças Transmitidas por Alimentos e/ou Água.		///	//	///	///
Atualização em Punção Lombar.		///		///	
Capacitação em Sala de Vacinação, Rede de Frio e Vigilância Epidemiológica das Doenças Imunopreveníveis.	///	///	/	///	//
Oficina de Tuberculose com Municípios Silenciosos.	/	////	/	///	////
Capacitação em Manejo Clínico da Tuberculose.		///	//	///	////
Capacitação na Padronização da Técnica de aplicação e leitura do Teste Tuberculínico – PPD.	/	//		///	/
Capacitação em identificação taxonômica e exame parasitológico de Triatomíneos.			/	///	//

Continua

Continuação

TÍTULO	CATEGORIAS ANALÍTICAS				
	Necessidades do Usuário	Aprendizagem Significativa	Trabalho em Equipe Multiprof.	Natureza dos Conteúdos	
				Proced. Técnicos	Humanização Proc. Trab.
VI Capacitação em Manejo do Paciente Chagásico.	//	///		///	/
Capacitação em identificação de Larvas e Pupas de <i>Aedes aegypti</i> e <i>Aedes albopictus</i> .		//	////////	///	////
Capacitação em vigilância, diagnóstico e tratamento em acidentes por animais peçonhentos.		///	/	///	
Treinamento de técnicos da Vigilância em Saúde para identificação e controle de Escorpiões de interesse em Saúde.	///	///	/	///	//
Capacitação em Diagnóstico e Tratamento da Leishmaniose Tegumentar Americana e Malária.	/	//	/	///	/
Capacitação em Leishmaniose Visceral: Recomendações Clínicas para redução de letalidade.	//	//		///	
Capacitação em vigilância, diagnóstico e tratamento de LV e LTA.	//	///	//	///	////
Capacitação em Vigilância do Tracoma Ocular no Nível da Atenção Primária.	////////	////	////////	///	////
Capacitação para Médicos e Enfermeiros em Dengue: Epidemiologia, Diagnóstico e Manejo Clínico.	//	//	/	////	//
Curso Básico em Análise e Interpretação de Dados Epidemiológicos.	//	//	//	//	////
Curso de Qualificação em Vigilância em Saúde.	//	/	/	//	//
Capacitação em Codificação de causas básicas de Óbitos CID-10 e Vigilância do Óbito.		/	//	//	////
Curso Básico de Investigação de Surto e Emergências em Saúde Pública.	//	/	/	//	/
Inspeção Sanitária em Abastecimentos de Água para consumo Humano.	/	///		//	
Curso de Procedimentos em Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano.	//	/		//	
Capacitação para identificar, notificar, investigar e monitorar casos de intoxicação por Agrotóxicos.	////	////	////	///	////////
Curso de Operacionalização de Unidade Sentinela no âmbito do Programa de Vigilância em Saúde de População Exposta a Poluentes Atmosféricos – VIGIAR.	///	////////	///	//	////
Oficina para reestruturação do fluxo de atendimento de acidente com exposição ao Material Biológico relacionado ao Trabalho.	//	////	////////	///	////////
Oficina de Educação Popular em Saúde.	////	////////	////////	//	////////
Oficina sobre a Saúde do Trabalhador.	///	///	////	//	////////
Treinamento em Coleta e Transporte de Amostras Ambientais no Contexto GAL-Ambienta.			/	//	
Capacitação em Diagnóstico Laboratorial em LTA.	/	//	//	///	////
Capacitação em Diagnóstico Laboratorial em Malária e Doença de Chagas.		///	//	///	////
Capacitação em Diagnóstico Laboratorial em Hanseníase e Tuberculose.		////	//	///	////
Curso em Processo Administrativo Sanitário.		///		//	

Instrumento elaborado pela autora com base nos estudos empíricos e no referencial apresentado pelo projeto.

NECESSIDADES DOS USUÁRIOS

Dos 47 (quarenta e sete) cursos analisados, 35 (trinta e cinco) buscaram atender as necessidades dos usuários e 12 (doze) não as atenderam (**QUADRO 1**). Entre as necessidades atendidas se destacaram o fortalecimento do vínculo entre o profissional e o usuário por meio do atendimento, onde se faz presente o acolhimento, o aconselhamento e a escuta, presente em 31 (trinta e um) cursos, seguida pela análise de condições/determinantes de saúde e de risco, presente em 28 (vinte e oito) dos cursos, em terceiro a integralidade da assistência, presente em 13 (treze) dos cursos, seguidos pelas necessidades implantação/implementação de novos serviços, em 08 (oito) cursos e a superação do modelo biomédico, em 07 (sete) cursos.

TABELA 1 – Critérios analisados na Categoria Necessidades do Usuário.

Critérios de EPS analisados	Números absolutos
Análise do contexto social	01
Conhecimento do perfil epidemiológico da população usaria	01
Atendimento da demanda local	02
Promoção da cidadania do usuário	02
Melhoria/atualização do serviço prestado	03
Ampliação do acesso/serviço	04
Cruzamento entre os saberes profissionais e os fazeres dos usuários	04
Superação do modelo biomédico	07
Implantação/implementação de novos serviços	08
Integralidade da assistência	13
Análise de condições/determinantes de saúde e de risco	28
Fortalecimento do vínculo entre o profissional e o usuário por meio do acolhimento, aconselhamento e escuta	31

Em 1986, o Brasil realizou a 8ª Conferência Nacional de Saúde e ao adotar a saúde como um direito de todos e dever do Estado marcou o início da construção do Sistema Único de Saúde (SUS), sob a influência das conferências de Alma-Ata, em 1978, Ottawa, em 1986 e Bogotá, em 1992, que traziam, como marco principal, "saúde para todos" como direito fundamental do ser humano (ARAKAWA *et al.*, 2012).

Esta conferência propôs mudanças radicais na concepção de saúde e, conseqüentemente, na organização da atenção, entre as quais podemos citar o cruzamento entre diferentes saberes e práticas, a ênfase à integralidade e equidade na lógica do SUS, a superação do modelo clínico hegemônico, centrado no saber e prática médica, na doença, nos procedimentos, na especialidade e na orientação hospitalar, a valorização do social e da subjetividade, a valorização do cuidado e não só da prescrição, o estímulo à convivência e ao

estabelecimento de laços entre a população e os profissionais de saúde, a atenção à saúde organizada a partir da lógica de linhas do cuidado e não da doença, a crítica à medicalização e ao 'mercado da cura', entre outros princípios (CAMPOS *et al.*, 2014).

O SUS surgiu, então, a partir de um histórico de lutas do movimento sanitário brasileiro com a finalidade de facilitar o atendimento de saúde, visando à mudança do modelo hegemônico centrado na doença, priorizou as ações de proteção e promoção à saúde incorporando e reafirmando os princípios básicos do SUS – universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade (MOIMAZ *et al.*, 2010).

A participação popular legitimou seus representantes a definir, acompanhar e fiscalizar a execução das políticas de saúde. O controle social no âmbito do SUS garantia a participação constitucional da população no processo de formulação das políticas de saúde e do controle de sua execução, por meio de entidades representativas em todos os níveis, do federal ao local (ARAKAWA *et al.*, 2012).

Tal aspecto mostra-se importante visto que a participação social é um dos princípios preconizados pelo SUS possibilitando que a população se expresse e contribua como um instrumento importante para a administração e planejamento, pois reflete no julgamento da qualidade dos cuidados prestados e promove os redirecionamentos de caminhos a serem seguidos, contribuindo para a melhoria das práticas organizacionais e profissionais. Nesse sentido, faz-se necessário que sejam incorporadas no processo de trabalho das equipes de saúde, permeando o encontro entre trabalhadores e os usuários, possibilitando realizar o acolhimento, o vínculo, a responsabilização e a autonomização (ARAKAWA *et al.*, 2012).

Moimaz *et al.* (2010) ressaltam que a participação livre e crítica dos usuários pode contribuir para o empoderamento/libertação deste grupo populacional, questões estas essenciais para a viabilização de políticas de promoção da saúde e prevenção de agravos e controle de enfermidade. Desse modo, a melhoria dos programas de saúde pode ser baseada no processo de avaliação apoiado na análise do sistema por meio da ótica do usuário, servindo de parâmetro para as ações e políticas de saúde.

É sabido que fatores associados à expectativa de vida como condições culturais e ambientais, o PIB *per capita*, a distribuição de renda, a taxa de analfabetismo, as características da população, as expectativas destes sobre a consulta médica e o seu estado de saúde acabam provocando diferenciais de saúde e de percepção dos usuários (GOUVEIA *et al.*, 2009; ARAKAWA *et al.*, 2012).

Em um estudo de corte transversal realizado, em 2003, em todo o território nacional e, em 2005, no estado de Pernambuco, Gouveia *et al.* (2009) avaliaram os fatores associados à satisfação dos usuários do sistema de saúde brasileiro e as diferenças regionais que a influenciam e obtiveram como resultado que a baixa escolaridade contribui para uma maior insatisfação com a qualidade dos profissionais de saúde, colocando, por último, que os efeitos do nível de instrução aparecem na forma de percepção dos problemas de saúde, na capacidade de entendimento das informações sobre saúde, na adoção de estilos de vida saudáveis, no consumo e na utilização dos serviços de saúde bem como na adesão aos procedimentos terapêuticos. O nível de instrução tem efeito direto na satisfação com os serviços de saúde percebidos pelos usuários (GOUVEIA *et al.*, 2009).

Embora os estudos sobre a satisfação dos usuários datem da década de 1970, nos Estados Unidos e na Inglaterra, e 1990 no Brasil, ainda hoje só é possível construir um limitado *check-list* para a obtenção da satisfação do usuário, considerando seus valores, crenças, visões de mundo, expectativas e percepções (ESPERIDIÃO e TRAD, 2006).

Em uma pesquisa realizada em 2009, no interior paulista, Moraes *et al.* (2011) identificaram que os usuários perceberam-se como detentores de necessidades e que as mesmas estão atreladas à produção e reprodução social e acessibilidade às ações de saúde. Entre as necessidades destacadas pelos usuários entrevistados, estão o acesso a toda tecnologia de saúde capaz de melhorar e prolongar a vida, a empatia entre o usuário e o profissional e o esclarecimento de dúvidas quanto à realização do autocuidado e que se sentem desamparados devido às dificuldades encontradas para acessar exames e consultas fora da unidade de saúde, sobretudo com especialistas.

Ao pesquisar usuários da ESF de Fortaleza, CE, Arruda (2017) evidenciou a satisfação dos usuários referente à expansão da cobertura e melhoria do acesso, mas que a satisfação não se restringe à qualidade técnica do serviço, destacando a importância da atenção recebida, da presença afetiva nas relações, dentre outros aspectos. Este estudo também revelou que uma prática profissional mais humanizada e acolhedora assegura, na prática, o princípio da integralidade (ARRUDA, 2017).

A demanda aos serviços de saúde expressa todas as necessidades do usuário e é determinada pelo comportamento do mesmo e todos os trabalhadores de saúde estão implicados nesse momento, independente do lugar técnico/social em que estejam inseridos (MARQUES e LIMA, 2007; SCHWARTZ *et al.*, 2010).

Ao ter suas necessidades de cuidados alcançadas oportunamente com resolubilidade, extrapolando a simples dimensão geográfica e incluindo outros aspectos de ordem econômica, cultural, organizacional e de oferta de serviços, Campos *et al.* (2014) defendem que o usuário teve acesso aos serviços de saúde. Nesse contexto, o acesso deixa de ser tratado em bases estritamente quantitativas (número de atendimentos e rendimento das horas profissional) e passa a considerar aspectos qualitativos do atendimento, como o acolhimento. Propõe que o acolhimento envolve a população adstrita, os serviços que lhe são ofertados e os valores que existem no território, e que por isso deve ser entendido como uma postura a ser assumida pelos profissionais, como uma técnica capaz de gerar procedimentos organizados e como um projeto institucional.

O acolhimento é apontado como um espaço de escuta aos seus problemas e de orientação e deve estar presente em toda situação de atendimento prestado por profissionais de saúde. Pressupõe atender a todos com interesse e responsabilização, ser capaz de dar as respostas mais adequadas aos problemas apresentados, orientações pertinentes e estabelecendo articulações com outros serviços, para a continuidade da assistência, garantindo, assim, a eficácia desses encaminhamentos (MARQUES e LIMA, 2007; CAMPOS *et al.*, 2014).

A escuta proporciona segurança do usuário e fortifica a relação profissional-paciente, contribuindo inclusive na melhora da saúde do paciente. Esse diálogo possibilita a intersubjetividade e o combate as práticas de fragmentação da assistência e objetivação dos sujeitos, concretizadas em ações mecanizadas e desumanas (ARAKAWA *et al.*, 2012; CAMPOS *et al.*, 2014). Ademais, como apontam Marques e Lima (2007), a definição do problema leva em conta o conceito de saúde-doença apreendido pelo usuário nas relações sociais e no cotidiano, o que nem sempre condiz com a realidade. Nesse caso, cabe aos trabalhadores/gestores de saúde a compreensão e caracterização desse problema a fim de tornar o atendimento mais esclarecedor, acolhedor, utilizando uma abordagem que leve à solução competente e que satisfaça o usuário.

Fora os critérios relacionais do sistema, observa-se também, como causa de satisfação ao usuário dos serviços de saúde, a proximidade do local de atendimento, o investimento na aquisição de materiais e recursos físicos, o aumento de profissionais no quadro e o cumprimento dos horários por parte dos funcionários, principalmente dos médicos, uma melhor organização do serviço, que proporcione atendimento mais rápido e efetivo, a

organização do sistema em rede que garanta um acesso irrestrito aos serviços necessários (MOIMAZ *et al.*, 2010; ARAKAWA *et al.*, 2012).

A integralidade da atenção foi adotada no Brasil a partir da década de 1990 e nesses 27 anos, embora ainda não tenha conseguido um resultado que satisfaça as necessidades da população, já imprimiu mudanças significativas na estrutura e nos processos de trabalho nos serviços de saúde. Essa realidade foi constatada por Marques e Lima (2007), que ao observar o atendimento prestado aos usuários de um Centro de Saúde de Porto Alegre, RS, Marques e Lima (2007) viram, que demandaram o serviço, usuários com necessidades das mais simples as mais complexas, estando o serviço organizado para atender as queixas principais e seguir a hierarquia do Sistema. Porém, foi observado que o usuário percorria sozinho os diferentes serviços, cabendo a ele a integralidade do cuidado, a seu critério e risco, quando isso seria uma responsabilidade do Sistema como um todo (MARQUES e LIMA, 2007).

A produção de cuidados, a cobertura assistencial, assim como a complementaridade e integração das ações nas unidades de saúde e delas com o Sistema têm sido insuficientes. Existe, também, uma relação inadequada entre a oferta e a demanda de serviços.

O trabalho em equipe representa um de seus principais pilares da atenção integral e favorece uma ação interdisciplinar. É necessário que o trabalho em equipe seja norteado por um projeto assistencial comum e que os atores desenvolvam uma ação de interação entre si e com a comunidade.

No entanto, o que se observa nos serviços é uma organização dos processos de trabalho e uma referência biomédica para o cuidado em saúde, que aparece quando afirmam que só os médicos poderão resolver seus problemas de saúde. Isso repercute na autonomia do paciente e nas formas de negociação do tratamento, uma vez que delegam quase tudo ao saber médico (CAMPOS *et al.*, 2014).

A esse respeito, Schwartz *et al.*, (2010) propõem uma mudança no foco da organização do processo de trabalho, de médico/profissional centrado, para usuário centrado, incorporando-os na dinâmica dos processos dos serviços e lhes tirando da condição de mero expectador ao que lhe é ofertado pelo serviço/profissionais de saúde.

Essa mudança depende da forma de se produzir o cuidado e dos diversos modos de agir dos profissionais entre si e com os usuários. Uma das alternativas seria valorizar a atuação de profissionais com uma visão integral do indivíduo e com formação para atuar junto à comunidade, em contraposição ao modelo baseado na especialização do atendimento (SCHWARTZ *et al.*, 2010).

O cuidado em saúde deve ser planejado considerando as demandas dos sujeitos implicados e a importância do diálogo como meio de fortalecimento da relação profissional e usuário. Assim, há que se repensar as formas atuais de se organizar o sistema de saúde, pois pode não estar correspondendo-as. A satisfação do usuário permite aperfeiçoar esse processo de planejamento, como, também, ressignificar as proposições de políticas públicas de saúde para os diversos níveis de atenção. Muito mais do que cumprir a legislação do país, propiciar a garantia à satisfação do usuário é um desafio que deve ser problematizado por todos os sujeitos implicados nos serviços de saúde, sejam eles gestores do SUS, profissionais ou comunidade (MORAES *et al.*, 2011; ARRUDA, 2017).

Pesquisar a satisfação dos usuários dos serviços de saúde é uma tarefa fundamental para a gestão do serviço prestado, pois pode demandar decisões tanto estratégicas quanto operacionais que venham a influenciar no nível de qualidade dos serviços prestados. O desenvolvimento de um sistema de avaliação de satisfação pode representar uma importante ferramenta para o desenvolvimento de estratégias de gestão para o setor de serviços a ser somado aos grandes esforços já realizados de padronização e aprimoramento dos serviços da área da saúde, suportados pelos inúmeros programas de qualidade que se desenvolvem e são amplamente divulgados em todo o país (MOIMAZ *et al.*, 2010).

A incorporação do usuário na avaliação tem sido valorizada não apenas por constituir-se um indicador sensível da qualidade do serviço prestado, mas por estar potencialmente relacionada à maior adequação no uso do serviço, otimização do processo da assistência, permitindo que os profissionais conheçam seus pacientes e sua realidade, evidenciando, muitas vezes, a necessidade de o serviço qualificar, cada vez mais, o processo de atendimento ao paciente, enfatizando aspectos tais como agilidade, responsividade e cortesia (MOIMAZ *et al.*, 2010).

APRENDIZAGEM SIGNIFICATIVA

Conforme o **QUADRO 1**, 45 (quarenta e cinco) cursos usaram a Aprendizagem Significativa no processo de ensino aprendizagem e apenas 02 (dois) cursos não usaram essa metodologia. Essa aprendizagem foi possível principalmente por meio das metodologias ativas de Problematização, 26 (vinte e seis) cursos, do incentivo e estímulo aos questionamentos, discussão, relato e troca de experiências, levantamento de problemas, relatos pessoais e identificação de dificuldade em 26 (vinte e seis) cursos, contextualização, em 25 (vinte e cinco) cursos.

Porém, o trabalho em equipe foi pouco explorado em sala de aula, pois somente em 09 (nove) cursos a interação, a cooperação e a participação foram estimuladas e em apenas 11 (onze) cursos foram realizadas atividades em Grupo.

Em todos os cursos tiveram aulas expositivas, mas somente em 13 (treze) as aulas foram do tipo expositiva-dialogada.

TABELA 2 – Critérios analisados na Categoria Aprendizagem Significativa.

Critérios de EPS analisados	Números absolutos
Superação do binômio saúde-doença	01
Roda de conversa	01
Aula prática do procedimento técnico aprendido	01
Construção de Plano de Intervenção em grupo	01
Leituras dirigidas	02
Aula prática: simulação do cotidiano	02
Conexão entre a prática profissional e as necessidades de aprendizagem	03
Caracterização dos processos de trabalho	03
Dramatização	03
Reconhecimento/valorização do conhecimento prévio do educando	04
Interação, cooperação, participação, protagonismo	09
Atividades em Grupo	11
Aula-expositiva-dialogada	13
Estudo de casos clínicos	14
Contextualização	25
Questionamentos, discussão, relato/troca de experiências, levantamento de problemas, relatos pessoais, identificação de dificuldade	26
Problematização	26

Ao discutir as principais transformações metodológicas no processo de formação dos profissionais de saúde, com ênfase na apreciação das metodologias ativas de ensino-aprendizagem, Mitre *et al.* (2008) lembrou que historicamente a formação dos profissionais de saúde tem sido conservadora, mecanicista, fragmentada e reducionista, compartimentalizando o conhecimento em campos altamente especializados em busca da eficiência técnica. Nesse sentido, o processo ensino-aprendizagem se restringe a reprodução de conhecimentos, o docente assume o papel de transmissor de conteúdos e aos discentes cabe a retenção e repetição dos mesmos, em uma atitude de expectador, sem crítica e reflexão. Diante desse ensino, dissociado do serviço e das reais necessidades do sistema de saúde vigente, torna-se essencial pensar em uma metodologia para uma prática de educação

libertadora, garantindo a formação de profissionais como sujeitos sociais com competências éticas, políticas e técnicas que prestem uma atenção à saúde com qualidade, eficiência e resolutividade.

A aprendizagem significativa se fundamenta nos processos de construção, modificação e reorganização dos esquemas e significados do conhecimento, se tornando um importante referencial no deslocamento da formação profissionalizante ou tecno-científica para uma educação transformadora da realidade. Dá-se por meio de metodologias ativas e visa promover a pró-atividade dos educandos, a vinculação da aprendizagem com os aspectos significativos da realidade, o desenvolvimento do raciocínio e das capacidades para intervenção na própria realidade e a colaboração e cooperação entre participantes. Isso porque acontece através de atividades que envolvam a cooperação, a interação, a diversidade e a responsabilidade dos educandos, permitindo um maior acesso sobre o modo de pensar, os desejos e interesses das pessoas, numa determinada cultura (LIMA, 2017).

O professor deve atuar de maneira problematizadora e contextualizada, de maneira a desenvolver a capacidade crítica e reflexiva dos educandos, confrontando os conhecimentos prévios com as evidências científicas, mas considerando a criticidade, o diálogo e o respeito à diversidade (LIMA, 2017). Configura-se, a partir daí, uma aprendizagem que procuram centrar-se no estudante como sujeito ativo do processo, já que há uma reconstrução do conhecimento a partir da vivência do educando, cuja finalidade é o desenvolvimento de indivíduos capazes de viver de forma produtiva e criativa na sociedade democrática (SIMON *et al.*, 2014).

A problematização, ao trabalhar intencionalmente com problemas, motiva o discente a examinar e refletir sobre a situação a ele imposta e a buscar fatores explicativos. Nesse sentido, a problematização o leva ao contato com as informações e à produção do conhecimento, principalmente, com a finalidade de solucionar os impasses e promover o seu próprio desenvolvimento. O conhecimento é construído pelo educando que o reorganizar e o adapta à sua estrutura cognitiva prévia e ao perceber que essa nova aprendizagem ampliará suas possibilidades e caminhos, ele exercita a liberdade e a autonomia na realização de escolhas e na tomada de decisões (MITRE *et al.*, 2008; MARIN *et al.*, 2010).

A contextualização do conhecimento visa situar os fenômenos históricos e culturais da sociedade, ampliar a abordagem tecnicista da educação e da formação profissional e favorecer a articulação indivíduo-sociedade. Nessa ótica, o conhecimento se constrói pela ação sobre a realidade, por meio da reflexão e de sua inserção crítica na realidade, para dela retirar os

elementos que conferem significado em direção à aprendizagem (MITRE *et al.*, 2008; MARIN *et al.*, 2010).

Esses achados puderam ser confirmados por Marin *et al.* (2010) ao entrevistar os egressos de 03 (três) cursos ofertados pela Famema, Marília, SP, em 2007, que usaram as metodologias ativas no processo de ensino-aprendizagem. O curso foi avaliado como exitoso por proporcionar integralidade, articulação teoria-prática e base para o trabalho em equipe, incluindo a compreensão do fazer/saber das diferentes categorias profissionais. Ademais, o curso proporcionou uma sólida formação teórica e prática para a atuação profissional, contribuindo para o crescimento pessoal e para o enfrentamento das complexas e diversificadas situações do cotidiano dos serviços de saúde. Desse modo, as problemáticas contextualizadas devem aproximar a aprendizagem da vida e favorecer o reconhecimento da cultura e da utilidade dos novos saberes (LIMA, 2017).

Importante também é falar sobre a Avaliação do processo de aprendizagem na Aprendizagem Significativa. Mitre *et al.* (2008) defende que a avaliação deve ser inclusiva, processual e formativa em um contexto reflexivo que promova o diálogo e a autonomia do educando, na busca de caminhos para os problemas detectados, oferecer caminhos para tomar decisões e definir prioridades. A avaliação deve ser uma atividade permanente e dinâmica, onde o docente registra o desenvolvimento do educando referente à autonomia, à criatividade, à capacidade de organização, à sua participação e a condições de elaboração, bem como ao seu relacionamento com o grupo e sua comunicação e acompanha seus avanços e reconhece a tempo suas dificuldades e junto com ele, numa reflexão crítica sobre a prática, buscam captar seus progressos, suas dificuldades e delibera as ações seguintes. Igualmente importante é a auto-avaliação, com a qual se pode rever o curso ofertado, a metodologia utilizada, e os educandos podem refletir sobre sua participação na construção do conhecimento. De acordo com Lima *et al.* (2017), com a avaliação o grupo avalia o processo de aprender e a produção alcançada para aprofundar ou melhorar o produto e vê que um posicionamento “avaliador” do educador favorece o espírito científico, a reflexão e a criatividade dos educandos.

TRABALHO EM EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

Dos 47 (quarenta e sete) cursos estudados, 37 (trinta e sete) tiveram um público-alvo multiprofissional, 07 (sete) tiveram um público-alvo específico, centrado nas figuras do médico, do enfermeiro e do fisioterapeuta, e 03 (três) não especificaram o público-alvo participante, se restringindo a ensino fundamental, ensino médio e ensino superior.

Destes, 19 (dezenove) cursos buscaram desenvolver nos participantes a capacidade de articular e desenvolver ações coletivas e multidisciplinares, assim como o fortalecimento e o compromisso com o trabalho em equipe, em 16 (dezesesseis) cursos, a troca de saberes e de informações sobre as condições de saúde-doença da população adscrita, em 14 (catorze) cursos, a interação entre os membros da equipe, em 08 (oito) cursos, objetivos comuns entre os membros da equipes, em 06 (seis) cursos, estímulo ao trabalho em equipe multissetorial em 05 (cinco) cursos e o desenvolvimento de planejamento estratégico comum em 02 (dois) cursos.

Em 05 (cinco) cursos podemos observar que não foi estimulado nenhum tipo de critério do trabalho em equipes multiprofissionais.

TABELA 3 – Critérios analisados na Categoria Trabalho em Equipe Multiprofissional.

Critérios de EPS analisados	Números absolutos
Desenvolvimento de planejamento estratégico comum	02
Público-alvo não mencionado	03
Estimulo ao trabalho em equipe multissetorial	05
Objetivos comuns entre os membros/equipes	06
Público-alvo específico	07
Interação entre os membros	08
Troca de saberes/informações de condições de saúde-doença	14
Fortalecimento/Compromisso com o trabalho em equipe	16
Articulação/desenvolvimento de ações coletivas e multidisciplinares	19
Público-alvo multiprofissional	37

Tradicionalmente a assistência está baseada no modelo taylorista/fordista, no qual os profissionais de saúde dominam técnicas parciais, fragmentadas, isoladas e predominantemente curativas. Assim, contrariando essa tendência e sob a influência dos diversos aspectos que compõem o processo de saúde-doença, tendo em vista as necessidades de saúde da população, a partir da década de 1970 foi sentida a necessidade de uma atuação multiprofissional e a formação especializada desses profissionais passou a ser criticada. Na década de 1990, com o advento do SUS e a introdução da integralidade na assistência, as discussões e necessidades para a reconfiguração dos processos de trabalho em saúde foram endossados, levando os profissionais a rediscutir a necessidade de diferentes contribuições profissionais no cuidado ao paciente, de maneira eficiente e eficaz. A doença passa a ser vista

como multicausal, e nessa nova ótica, a abordagem de um único profissional muitas vezes era causa o abandono do tratamento ou a reincidência dos sintomas após um período de tempo. Surgia, assim, a Equipe Multiprofissional (PINHO, 2006; FILHO e SOUZA, 2017).

“Equipe Multiprofissional” envolve um grupo de pessoas com diferentes conhecimentos, saberes e enfoques do processo saúde-doença e juntas tem uma visão ampla do cuidado, à medida que clareia encaminhamentos e possibilita parcerias produtivas, o oferecendo com maior qualidade, gerando satisfação e motivação ao trabalho. Nesse sentido, é importante que os cursos ofertados deem base para a compreensão do fazer/saber das diferentes categorias profissionais, preparando os egressos para o trabalho em equipe com capacidade para resolver conflitos no processo de trabalho, além de abordar as múltiplas dimensões das ações de saúde e o desafio de produzir novos saberes e fazeres oriundos da reflexão do cuidado às necessidades sociais numa lógica interdisciplinar que favoreça a comunicação entre os profissionais, a tomada de decisão conjunta, a compreensão dos problemas de saúde e conseqüentemente a melhora da prática (MARIN *et al.*, 2010).

Embora necessária para atualização e qualificação de atribuições técnicas, reorganização dos serviços e introdução de novas tecnologias e/ou serviços, a “Atualização Técnica” peca por ser um processo de ensino-aprendizagem disciplinar, fragmentada, especializada, tecnicista e centrada em procedimentos. Marcada pela reprodução e transmissão do conhecimento, o docente é o seu detentor e o transmite aos discentes, receptores passivos, que os retém e os repete, como expectadores acríticos. Focando na dimensão biológica do processo saúde-doença, os conteúdos são objetos acabados e universais, reforçando o modelo biomédico de assistência, centrada na figura do médico e reduzindo a formação às esferas clínica e biológica e, por consequência, descontextualizada em relação às dimensões subjetiva e social desse fenômeno e em total descompasso com os princípios do SUS (MITRE *et al.*, 2008; MARIN *et al.*, 2010; SIMON, 2014; ARRUDA, 2017; LIMA, 2017).

A necessidade do Trabalho em Equipe Multiprofissional se justifica porque ao sofrer a influência de diversos aspectos, somado as necessidades de saúde das populações expressas em múltiplas dimensões, as intervenções de saúde demandam conhecimento e intervenções igualmente complexas, em uma forma de atuação profissional e organização dos processos de trabalho coletivos, onde o produto seja a contribuição específica das diversas áreas do conhecimento (SILVA e TRAD, 2005; FILHO e SOUZA, 2017).

A multiprofissionalidade do trabalho em equipe amplia a compreensão crítica das necessidades sociais em saúde da população e, conseqüentemente, melhora a prática, revelando aspectos antes encobertos. Dessa maneira, pode-se obter um maior impacto sobre os diferentes fatores que interferem no processo saúde-doença (ARAÚJO e ROCHA, 2007; MARIN *et al.*, 2010).

Sabemos que o trabalho em equipe multiprofissional possibilita aos trabalhadores o compartilhamento de diagnósticos e intervenções e um trabalho em saúde de modo integrado em prol de um objetivo comum, que é o bem-estar do usuário, ocorrendo troca de saberes, articulação das ações e integração entre os membros da equipe, mediado pela comunicação compartilhada, troca de informações relacionadas às condições saúde/doença da população e adoção da conduta adequada de acordo com cada necessidade identificada (SILVA e TRAD, 2005; FILHO e SOUZA, 2017; NEGREIROS *et al.*, 2017).

Essa realidade foi observada por Oliveira & Spiri (2006), em 2004, em um estudo realizado em Conchas, SP. Através da fala dos entrevistados foi revelado que a integração entre os membros de uma equipe permite que os profissionais troquem informações relacionadas aos pacientes para tomar a conduta adequada de acordo com cada necessidade identificada, se tornando muito importante para uma assistência integral ao paciente e família. Apontaram também que a abordagem acontece em sua totalidade e é mais eficaz, fazendo com que o paciente se sinta satisfeito ao ter seus problemas resolvidos. Por fim, concluíram que o trabalho em equipe traz confiança à equipe e mais envolvimento da população usuária, ao reconhecer o desempenho dos profissionais e a efetividade do trabalho, facilitando a disseminação do mesmo (OLIVEIRA e SPIRI, 2006).

Diante de tantos benefícios, para Silva e Trad, (2005) as ações de saúde não podem ser realizadas pela ação isolada de um único agente, sendo necessária essa abordagem integral e resolutiva do trabalho em equipe. Mas chamam a atenção para a importância de se conhecer como cada profissional conjuga seu trabalho individual e coletivamente e identificar as conexões e interfaces existentes entre as intervenções técnicas dos diferentes profissionais em uma equipe multiprofissional, como eles interagem entre si e se essa interação possibilita a construção de um projeto que seja compartilhado por todos. Essa articulação requer que cada profissional tenha um dado conhecimento do trabalho do outro e o reconhecimento de sua necessidade para a atenção integral à saúde (SILVA e TRAD, 2005).

O trabalho em equipe multiprofissional envolve um grupo de pessoas que receberam formação nos diferentes domínios do conhecimento (disciplinas), tendo cada um conceitos,

métodos, dados e temas próprios. Não representa a anulação da disciplina, mas a possibilidade de uma compreensão integral do ser humano e do processo saúde-doença, na qual todos participam com suas especificidades contribuindo para a qualidade da prestação das ações de saúde, com uma abordagem ampla e resolutiva, descentralizada da figura do médico considerada o centro da equipe no modelo hospitalocêntrico (ARAÚJO e ROCHA, 2007; MARIN *et al.*, 2010).

Nessa lógica do trabalho, os profissionais da saúde não si bastam sozinhos. As competências dos diferentes profissionais, quando somadas, produzem um cuidado de melhor qualidade aos usuários, pois eles são vistos integralmente pelos olhares dos distintos. Nela a prática de um profissional se reconstrói na prática do outro, ambos sendo transformados para a intervenção na realidade em que estão inseridos. Fora dessa lógica, perpetua-se a prática fragmentada, desumana e centrada no enfoque biológico individual (ARAÚJO e ROCHA, 2007).

Filho e Souza (2017) concordam, ao afirmar que a probabilidade de um profissional se reconstruir na atividade do outro, em efeitos mútuos, é uma pressuposição das práticas interdisciplinares, tendo, assim, a finalidade de uma intervenção efetiva no contexto em que atuam.

Para melhor caracterizar as equipes multiprofissionais, devem ser levados em consideração critérios, como comunicação, ações específicas dos núcleos profissionais, prática articulada, colaboração entre os pares, relação mútua entre as ações técnicas, valorização social desigual da especialidade dos trabalhos desenvolvidos, flexibilização da divisão do trabalho, construção de consensos, autonomia técnica e elaboração do planejamento assistencial compartilhado entre os membros da equipe e pertinente às necessidades de saúde dos usuários (SILVA e TRAD, 2005; FILHO e SOUZA, 2017).

Porém, como visto nos estudos de Pinho (2006), são numerosos os fatores que podem prejudicar, desgastar e alienar os processos de trabalho em equipe e comprometer a sua qualidade e assim prejudicar os usuários dos serviços de saúde, como os problemas sociais da comunidade, as condições de trabalho precárias, tensões e conflitos internos, baixos salários, problemas de comunicação e de relacionamentos entre os membros da equipe, entre outros. Para driblar essas situações, é necessário que a equipe se organize e tome medidas que impeça que estes problemas adquiram maiores proporções. Melhorar a convivência através do diálogo, a cooperação e a colaboração entre os membros, delinear ações e objetivos a ser implantados e cumpridos, a definição clara de papéis são medidas que promove a integração

da equipe, elevam a motivação do trabalho e qualidade da assistência (OLIVEIRA e SPIRI, 2006; PINHO, 2006; ARAÚJO e ROCHA, 2007; MARIN *et al.*, 2010).

Evangelista *et al.* (2016), ressaltam um outro aspecto do trabalho multiprofissional, a humanização do cuidado. Segundo os autores, o trabalho multiprofissional é uma aposta de humanizar o cuidado, questionando os saberes estruturados e protocolados, afirmando-se em processos dialógicos que imprimam dinamicidade, participação e solidariedade e a construção de um território onde transita as necessidades dos envolvidos, trabalhadores e usuários, implicados na formulação e na implementação de práticas de saúde, ressonando na conquista de sujeitos engajados na transformação do trabalho e de si, ou ainda produzindo saúde e subjetividade. Essas mudanças potencializam o cuidado humanizado: constroem condições em que trabalhadores e usuários exercitem o protagonismo, a autonomia e a corresponsabilidade, tendo em vista que a humanização, enquanto política está mais implicada com construção de modelos de atenção e de gestão consonantes com o SUS do que com a ideia de humanizar humanos.

O trabalho em equipe multiprofissional também humaniza a atenção por meio da comunicação ativa, ao maximizar o vínculo com o usuário, seja ela verbal ou não. Especificamente, a comunicação não verbal de forma acolhedora por meio de gestos de simpatia, equilíbrio, respeito, contato visual e escuta ativa são elementos essenciais para manter uma comunicação bem interpretada e valorizada, possibilitando que o paciente e seus familiares se sentissem confiantes e confortáveis para expressarem seus sentimentos e dúvidas, fatores esses imprescindíveis para a melhora do paciente (NEGREIROS *et al.*, 2017).

A implementação do SUS tem constituído um grande desafio para os profissionais de saúde e seus usuários. Os problemas vividos no decorrer desses 25 (vinte e cinco) anos têm possibilitado uma melhor visualização do que se deve enfrentar, assim como as possibilidades e limites das intervenções. A busca por um novo modelo assistencial ganha sentido prático no esforço de dar respostas a necessidades concretas (SILVA e TRAD, 2005).

A interprofissionalidade constitui uma entre as várias saídas que necessitam ser desenvolvidas para gerarem contribuição para a pauta da área da saúde, pois entendemos que o contexto histórico atual, caracterizado pela divisão do trabalho intelectual, fragmentação do conhecimento e pela excessiva predominância das especializações, demanda a retomada do antigo conceito de interdisciplinaridade que, no longo percurso dos séculos passados, foi sufocado pela racionalidade da revolução industrial (ALVARENGA, 2013).

Nessa perspectiva, é urgente voltar a reconhecer a complexidade do processo saúde-doença e a possibilidade do trabalho em equipe, que respeita as bases disciplinares específicas e busca soluções compartilhadas para os problemas das pessoas e das instituições e a concretização da integralidade das ações de saúde (SAUPE *et al.*, 2005; SILVA e TRAD, 2005) para provocar uma mudança no atual modelo de assistência em saúde, o qual se encontra fragmentado, com foco no biológico, centrado no médico e em medicações, buscando essa nova forma de agir no cotidiano para que se amplie efetivamente a autonomia dos usuários e coletividades, a democratização e a construção de trabalhadores e usuários cidadãos (MARIN *et al.*, 2010).

NATUREZA DOS CONTEÚDOS

De acordo com os objetivos, competências/habilidades, mudanças esperadas no processo de trabalho dos participantes, perfil de conclusão e conteúdos dos cursos ofertados pela SVPPS/SES/TO, no período de 2012 a 2015, o foco dos mesmos era a Implantação/construção de rotinas e fluxos, presente em 45 (quarenta e cinco) dos 47 (quarenta e sete) cursos. 42 (quarenta e dois) deles apresentavam um conteúdo técnico e 30 (trinta) apresentavam conteúdo biológico, centrados no processo saúde-doença, em procedimentos e reforçando o modelo biomédico da assistência.

TABELA 4 – Critérios analisados na Categoria Natureza dos Conteúdos / Procedimentos Técnicos.

Critérios de EPS analisados	Números absolutos
Implantação/implementação de serviços	01
Organização dos processos de trabalho	02
Rotinas clínicas	02
Modelo biomédico centrado	30
Técnico	42
Implantação/construção de rotinas e fluxos	45

Conforme a tabela 5, 36 (trinta e seis) cursos buscaram despertar nos participantes habilidades e competências para desenvolver um atendimento baseado no acolhimento, no acolhimento e na escuta. 26 (vinte e seis) cursos buscaram a transformação dos processos de trabalho; também em 26 (vinte e seis) cursos foi observada uma tendência ao estreitamento do vínculo entre os membros da equipe, embora somente em 18 (dezoito) cursos tenha sido

observado o estímulo/fortalecimento do trabalho em equipe. Observamos que 20 (vinte) cursos buscaram o fortalecimento da cidadania dos membros da equipe e 19 (dezenove) a responsabilização dos mesmos. Quanto à humanização da assistência ao usuário, 13 (treze) cursos incentivaram nos participantes o respeito aos princípios da ética, a confidencialidade, a biossegurança, a redução do tempo de espera, o respeito à cidadania do usuário, 10 (dez) cursos ressaltam a importância da análise dos determinantes de saúde e 08 (oito) cursos buscam garantir a integralidade da assistência aos usuários.

TABELA 5 – Critérios analisados na Categoria Natureza dos Conteúdos / Humanização dos Processos de Trabalho.

Critérios de EPS analisados	Números absolutos
Integralidade da assistência	08
Análise de determinantes de saúde	10
Respeito aos princípios da ética, confidencialidade, biossegurança, redução do tempo de espera, respeito à cidadania do usuário	13
Estímulo/fortalecimento do trabalho em equipe	18
Responsabilização dos membros da equipe	19
Fortalecimento da cidadania dos membros da equipe	20
Estreitamento do vínculo entre os membros da equipe	26
Transformação dos processos de trabalho	26
Atendimento com estreitamento de vínculo, acolhimento e aconselhamento	36

Não foram observados a busca da humanização dos processos de trabalho em um total de 11 (onze) cursos dos 47 analisados.

A fim de estabelecer parâmetros para a compreensão dos processos educativos, tornou-se necessário diferenciar a natureza dos conteúdos oferecidos, subcategorizando-os em *procedimentos técnicos* e *humanização dos processos de trabalho*. Nesse sentido, vale definir inicialmente a “técnica” e a “tecnologia”.

A técnica consiste em um saber prático, uma habilidade humana desenvolvida para fabricar, construir e utilizar instrumentos tanto no cotidiano, no nível da própria atividade empírica, quanto da necessidade de sistematização de procedimentos para a operacionalização de uma atividade prática (ARONE e CUNHA, 2007). Já a tecnologia é conceituada como um conjunto de processos concretizados a partir da experiência cotidiana e da pesquisa, para o desenvolvimento metódico de conhecimentos/saberes, organizados e articulados, para o emprego no processo de concepção, elaboração, planejamento, execução/operacionalização e

manutenção de bens materiais e simbólicos e serviços produzidos e controlados pelos seres humanos, com uma intencionalidade prática específica (ARONE e CUNHA, 2007).

A busca do homem pelo desenvolvimento tecnológico, desde os tempos mais remotos, vem determinando não só a sua sobrevivência na Terra como também a sua capacidade de dominação e transformação. O final do século XVIII e o início do século XIX é o marco da primeira revolução técnico-científica, quando a força física do homem foi substituída pela energia das máquinas a vapor e elétricas (MARQUES e SOUZA, 2010; SCHWONKE *et al.*, 2011).

No entanto, uma consequência negativa desse movimento é a sujeição dos indivíduos. Essa foi uma importante estratégia da medicina da época moderna para o desenvolvimento da clínica e da tecnologia médica, marca dos hospitais do século XIX. É verdade que aumentou o acesso da população ao atendimento e propiciou grandes avanços técnicos. Entretanto, junto a esses progressos, o hospital se tornou um lugar de sofrimento, onde as práticas de assistências eram rígidas, hierarquizadas, controladas, sem comunicação, autoritárias, sem reconhecimento das subjetividades e dos aspectos humanísticos, onde as pessoas passaram a ser tratadas como coisas (RIOS, 2009).

Outra consequência negativa é a fragmentação do processo de trabalho, que ao agilizar e multiplicar o resultado cria um estado de alienação quanto à importância de cada um para a realização completa da tarefa, naturalizando o sofrimento do usuário e diminuindo o compromisso e a responsabilidade na produção da saúde do profissional (RIOS, 2009).

Como vimos, essa tecnologia é determinante para aumentar a sobrevida humana e para a diminuição drástica do sofrimento devido aos males que acometem a saúde, mas afasta os profissionais do contato mais próximo e mais demorado com o paciente. Os pacientes passam, então, à condição de objetos de estudo e manipulação na construção do saber e da prática "científica". E os profissionais, à condição de peças e engrenagens que fazem funcionar a máquina institucional. O tecnicismo perde de vista estados vivenciais importantes para a realização do cuidado à saúde (ARONE e CUNHA, 2007).

Baggio *et al.* (2010) nos desafiam a pensar e refletir sobre o uso das tecnologias, considerando-as como possibilidade de relacionar e integrar os múltiplos saberes, fazeres e os seres humanos, cujas partes se apresentam compartimentadas, desarticuladas, separadas, fracionadas; a desenvolver a capacidade de contextualização e integração dos saberes e fazeres, condição específica da mente humana, para aperfeiçoar e legitimar o cuidado em saúde com as tecnologias, pois não é mais possível negar, abdicar, recusar tais tecnologias em

um mundo globalizado. Como contextualizar e englobar o conhecimento científico, o ser humano e as tecnologias em saúde sem fragmentar o cuidado humano e, ao mesmo tempo, acompanhar a expansão do saber, da informação, da comunicação? Como integrar conhecimento científico, tecnologias e cuidado em saúde, articulando-os para o benefício do ser humano, do cuidador e dos próprios profissionais de saúde sem perder as qualidades fundamentais do cuidado do outro, que são o contato, a presença, o afeto, a relação entre os seres de cuidado envolvidos?

O uso das tecnologias poderá proporcionar benefícios ao cuidado se auxiliar o profissional a relacionar o todo e as partes com base nas informações, acontecimentos, conhecimentos disponibilizados. Dessa forma, favorecerá a compreensão do todo. O ser humano cuidado seria mais bem compreendido e cuidado na sua complexidade e totalidade com o auxílio das tecnologias (BAGGIO *et al.*, 2010).

Todavia nenhuma tecnologia poderá substituir a relação e a compreensão intersubjetiva entre o ser cuidado e o profissional de saúde, pois a capacidade de empatia, de identificação, de abertura, de projeção, de generosidade e de solidariedade é expressão da relação de comunhão, de troca e de interação entre os seres e o cuidado é subjetivo e a melhor forma para a sua compreensão é a capacidade de relacionar-se com o outro, inerente ao ser humano (BAGGIO *et al.*, 2010).

Nesse sentido, reconhece-se a importância e a necessidade de se refletir sobre a dicotomia histórica entre tecnologia e humanização, adotando uma abordagem integradora, uma vez que a convivência com ambos é inevitável. A humanização em saúde mostra-se relevante no contexto atual, uma vez que um atendimento calcado nos princípios do SUS de integralidade da assistência, equidade, participação social do usuário, dentre outros, demanda a revisão das práticas cotidianas, com ênfase na criação de espaços de trabalho menos alienantes, que valorizem a dignidade do trabalhador e do usuário, a recuperação de valores humanos esquecidos ou solapados em tempos de frouxidão ética, através da aliança da competência técnica e tecnológica com a competência ética e relacional (ARONE e CUNHA, 2007; RIOS, 2009).

Assim, nasceu dentro do SUS a Política Nacional de Humanização (PNH) com inspirações totalmente humanistas: universalidade, integralidade, equidade e participação social, buscando a humanização dos processos de trabalho por meio da valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão, fortalecendo compromissos e responsabilidade, do fortalecimento do trabalho em equipe, estimulando a

transdisciplinaridade e a grupalidade e da utilização da informação, comunicação, educação permanente e dos espaços da gestão na construção de autonomia e protagonismo, bem como a valorização das pessoas em todas as práticas de atenção e gestão, a integração, o compromisso e a responsabilidade de todos com o bem comum (RIOS, 2009).

Humanizar é um processo de construção de ética relacional que recupera valores humanísticos esmaecidos pelo cotidiano institucional. É elaborar acordos de cooperação, diretrizes de conduta ética, atitudes profissionais condizentes com valores humanos coletivamente pactuados, significa admitir todas as dimensões humanas - históricas, sociais, artísticas, subjetivas, sagradas ou nefastas - e possibilitar escolhas conscientes e responsáveis e permitir a inserção de tais dimensões humanas no pensar e agir sobre os processos saúde-adoecimento-cura e nas relações de trabalho. Trata-se de criar espaços legítimos de fala e escuta que devolvam à palavra sua potência reveladora e transformadora (RIOS, 2009).

Humanizar os serviços de saúde implica em transformar o usuário do serviço - de objeto passivo ao sujeito, de necessitado de atos de caridade àquele que exerce o direito de ser usuário de um serviço que garanta ações técnica, política e eticamente seguras, prestadas por trabalhadores responsáveis. Ao profissional, ser dotado de um posicionamento político que enfoca a saúde em uma dimensão ampliada, relacionada às condições de vida inseridas em um contexto sociopolítico e econômico. Ao atendimento em saúde, intui-se uma perspectiva diferente da caritativa (MARQUES e SOUZA, 2010).

O atendimento de qualidade é um é direito de cada pessoa. Para tanto, durante os últimos anos tem-se desenvolvido cada vez mais técnicas e dispositivos que facilitem e melhorem as condições de atendimento aos usuários dos serviços de saúde. A dimensão desumanizante da ciência e tecnologia só se dá na medida em que se fica reduzido a objetos da própria técnica e objetos despersonalizados de um saber técnico que se propõe frio e objetivo. Portanto, o que se opõe ao cuidado é o descuidado, e isso de fato poderá estar ocorrendo e equivocadamente sendo denominada desumanização (MARQUES e SOUZA, 2010).

A tecnologia deve e precisa estar a serviço da humanidade e carece de ser dominada pelos trabalhadores da saúde, como garantia de seu uso seguro e eficaz, sem gerar estresse para quem depende dela ou para quem a opera, possibilitando que os valores humanitários sobreponham-se às práticas essencialmente tecnicistas (SCHWONKE *et al.*, 2011).

Nessa direção, a Educação Permanente é uma estratégia para o exercício da gestão participativa que visa à transformação das práticas de formação, de atenção e de gestão na

área da saúde. Baseada na aprendizagem significativa, a educação permanente constrói os saberes a partir das experiências das pessoas. Nas rodas de conversa, oficinas e reuniões, discutem-se os problemas, propõem-se soluções gerenciais, mudanças na organização do trabalho e definem-se ações educativas de acordo com as necessidades observadas (RIOS, 2009).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho faz parte de uma discussão sobre a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no Estado do Tocantins, no âmbito da Superintendência de Vigilância, Promoção e Proteção à Saúde. Para tanto, analisou-se como os princípios da Educação Permanente em Saúde se manifestaram na proposição e no desenvolvimento de cursos e treinamentos ofertados pelos técnicos desta superintendência aos servidores municipais e estaduais de saúde do Estado do Tocantins, no período de 2012 a 2015, nos permitindo fazer apontamentos relevantes para o aprimoramento dessas ações.

Foram ofertados 144 (cento e quarenta e quatro) cursos nesses 04 (quatro) anos, sendo que somente 47 (quarenta e sete) deles foram analisados por terem a sua documentação completa, composta por Projeto Educacional e Relatório Final de Curso. Dos analisados, 21 (vinte e um) foram ofertados pela Diretoria de Vigilância de Doenças Transmissíveis e Não transmissíveis, 09 (nove) pela Diretoria de Vigilância de Doenças Vetoriais e Zoonose, 08 (oito) pela Diretoria de Vigilância Ambiental e Saúde do Trabalhador, 04 (quatro) pela Diretoria de Vigilância em Saúde, 04 (quatro) pela Diretoria do Laboratório Central e 01 (um) pela Diretoria de Vigilância Sanitária.

Enfermeiros e médicos estão entre os profissionais de saúde mais capacitados por todas as diretorias, embora a maioria tivesse um público-alvo multiprofissional. Os cursos buscaram desenvolver o trabalho em equipe nos participantes, bem como a capacidade de articular e desenvolver ações coletivas e multidisciplinares, a troca de saberes e de informações sobre as condições de saúde-doença da população adscrita, a interação entre os membros, objetivos comuns e o desenvolvimento de planejamento estratégico comum. Mas em 05 (cinco) não foi estimulado nenhum tipo de critério do trabalho em equipes multiprofissionais.

Um fator a se considerar, é a persistência em manter a formação dos profissionais de saúde numa lógica tradicional, Taylor/fordista, uma vez que o conteúdo dos cursos tenham sido tecnicista e biologista. Mas houve um esforço para o uso de Aprendizagem Significativa, por meio da interação, da cooperação e da participação dos participantes, através do incentivo e estímulo ao questionamento, a discussão, ao relato e troca de experiências, levantamento de problemas, relatos pessoais e identificação de dificuldade, facilitados pela problematização, contextualização e realização de atividades em Grupo. Somente dois cursos não usaram essa metodologia.

Em todos os cursos tiveram aulas expositivas e em treze as aulas foram do tipo expositiva-dialogada.

Por outro lado, também é possível afirmar que os cursos buscaram atender as necessidades dos usuários, através do fortalecimento do vínculo entre o profissional e o usuário no atendimento, onde se faça presente o acolhimento, o aconselhamento e a escuta, pela análise de condições/determinantes de saúde e de risco, pela integralidade da assistência, pela implantação/implementação de novos serviços e pela superação do modelo biomédico.

Vale destacar as limitações impostas ao estudo e que foram expressas na dificuldade de acesso ao material de coleta de dados. A inexistência de um banco de dados local do material intelectual e educativo elaborado pelos técnicos da SVPPS/SES/TO, físico e eletrônico, comprometeu a coleta dos dados, uma vez que os mesmos tiveram que ser coletados fora desta superintendência e em formato físico, o que careceu de muito tempo para a sua sistematização, uma vez que inicialmente foram fotografados e em seguida digitados. Outro inconveniente dessa situação foi à perda de grande parte do material construído no período de 2012 a 2015, pois dos 144 (cento e quarenta e quatro) ofertados, apenas 47 (quarenta e sete) foram analisados, em função da incompletude da maior parte do material obtido.

Os resultados desse estudo evidenciaram uma série de necessidades, entre elas destacam-se: a capacitação dos técnicos da SVPPS sobre a PNEPS, técnicas de metodologias ativas, avaliação construtivista e outros, a construção de um Projeto Político Pedagógico da SVPPS/SES/TO, a criação de espaços de Educação Permanente em Saúde na SVPPS/SES/TO, a valorização do profissional e, sobretudo, o apoio da gestão no processo de implementação da EPS com a atualização dos cursos ofertados e criação de um banco de dados de material intelectual e educativa na SVPPS/SES/TO.

Em nível estadual recomendamos a continuidade da identificação dos Princípios da EPS nos Processos Educativos avaliados pelo Comitê de Regulação dos Processos Educacionais em Saúde – CREPES (APENDICE D), bem como a revisão do modelo de Projeto Educacional com sugestões de práticas de EPS (APENDICE E).

Aproveitamos para recomendar a continuidade do presente estudo a partir de uma análise aprofundada e crítica do material coletado, tanto no seu aspecto teórico-epistemológico, quanto no político-ideológico, como no metodológico, pois este estudo limitou-se a apresentar o perfil e descrever características gerais dos Projetos Educacionais ofertados no período analisado.

Espera-se, mais do que encerrá-lo, ter colaborado com a equipe da SVPPS/SES/TO, que toma para si a direção da sua formação em serviço e a de seus colaboradores municipais, buscando a compreensão dos desafios que o sistema de saúde e a população tocantinenses demandam continuamente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVARENGA, J. P. O. *et al.* Multiprofissionalidade e interdisciplinaridade na formação em saúde: vivências de graduandos no estágio regional interprofissional. **Rev. Enferm UFPE**, v. 7, n. 10, p. 5944-51, out 2013.

ANJOS FILHO, N. C. e SOUZA, A. M. P. A percepção sobre o trabalho em equipe multiprofissional dos trabalhadores de um Centro de Atenção Psicossocial em Salvador, Bahia, Brasil. **Interface**, v.21, n. 60, p. 63-76, Jan/Mar 2017.
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832017000100063&lng=en&nrm=iso&tlng=ptLink:

ARAKAWA, A. M *et al.* Percepção dos usuários do sus: expectativa e satisfação do atendimento na Estratégia de Saúde da Família. **Rev. CEFAC**, v. 14, n.6, p. 1108-14, Out/Dez 2012.
Link: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462012000600012&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

ARAÚJO, M. B. S. e ROCHA, P. M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 455-64, 2007.
Link: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000200022&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

ARONE, E. M. e CUNHA, I. C. K. O. Tecnologia e humanização: desafios gerenciados pelo enfermeiro em prol da integralidade da assistência. **Rev. bras. enferm.**,v.60, n.6, p. 721-23, Nov/Dec 2007
Link: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022009000200013

ARRUDA C. A. M. e BOSI M. L. M. Satisfação de usuários da atenção primária à saúde: um estudo qualitativo no Nordeste do Brasil. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v. 21, n. 61, p. 321-32, jun 2017.
Link: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832017000200321&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

BAGGIO, M. A. *et al.* Cuidado humano e tecnologia na enfermagem contemporânea e complexa. **Texto contexto - enferm.**,v.19, n.2, p. 378-85, Abr/Jun 2010.
Link: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000100024

BERTOLO, M. B. *et al.* Construção do manual de processos de trabalho e técnicas do Centro de Dispensação de Medicamentos de Alto Custo (CEDMAC) do Hospital de Clínicas da Unicamp. **Rev. Bras. Reumatol.**, n. 54, v. 3, p. 185-91, 2014.
Link: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0482-50042014000300185&script=sci_abstract&tlng=pt

BORGES, J. L. J. *et al.* O modelo organizacional da unidade de saúde familiar de Portugal: uma análise dos discursos oficiais. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 14 n. 1, p. 199-220, jan/abr 2016.
Link: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462016000100199&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil: Texto constitucional promulgado em 05 de outubro de 1988.

BRASIL. Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990.

BRASIL. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Portaria Nº 198/GM, de 13 de fevereiro de 2004.

BRASIL. Portaria Nº 1996, de 20 de agosto de 2007.

BRASIL. Princípios e Diretrizes para a Gestão do Trabalho no SUS, 2005.

CAMPOS, R. T. O. *et al.* Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. **Saúde debate**, v.38, n. spe, Out 2014. Link: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000600252&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

CECCIM, R. B. e FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004. Link: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312004000100004&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

COROTTA, F. *et al.* Educação Permanente em Saúde: uma estratégia de gestão para pensar, refletir e construir práticas educativas e processos de trabalho. **Saúde e Sociedade**, v. 18, supl. 1, 2009. Link: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902009000500008

COUTINHO, M. C. Sentidos do trabalho contemporâneo: as trajetórias identitárias como estratégia de investigação. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, v. 12, n. 2, p. 189-202, 2009. Link: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-37172009000200005&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt

DAMIANCE, P. R. M. *et al.* Formação para o SUS: uma análise sobre as concepções e práticas pedagógicas em saúde coletiva. **Trab. educ. saúde**, v.14, n.3, Set/Dec 2016. Link: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462016000300699&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

ESPERIDIÃO, A. E. e TRAD, L. A. B. Avaliação de satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n. 6, p. 1267-76, jun. 2006. Link: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000600016&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

FERRAZ, F. *et al.* Políticas e programas de educação permanente em saúde no Brasil: revisão integrativa de literatura. **Sau. & Transf. Soc**, n. 2, v. 3, p. 113-128, 2012. Link: <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeetransformacao/article/view/1488>

GOUVEIA, G. C. *et al.* Satisfação dos usuários do sistema de saúde brasileiro: fatores associados e diferenças regionais. **Rev. bras. epidemiol.** v.12, n.3, p.281-96, Set 2009.
Link: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2009000300001

LANCMAN, S. *et al.* Estudo do trabalho e do trabalhar no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública**, n. 47, v. 5, p. 968-75, Out 2013.
Link: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102013000500968&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

LEMOS, C. L. S. A Concepção de Educação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. 2010. 158 f. Tese (Doutorado em Educação) – Universidade Federal de Goiás - UFG, Goiânia, 2010.
Link: <https://repositorio.bc.ufg.br/tede/handle/tde/1073>

LIMA V. V. Espiral Construtivista: uma metodologia ativa de ensino-aprendizagem. **Interface (Botucatu)**, v. 21, n. 61, p. 421-34, 2017.
Link http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832017000200421&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

MARIN, M.J.S. *et al.* Pós-graduação multiprofissional em saúde: resultados de experiências utilizando metodologias ativas. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.14, n.33, p.331-44, abr/jun 2010.
Link: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832010000200008

MARQUES, G. Q. e LIMA, M. A. D. S. Demandas de usuários a um serviço de pronto atendimento e seu acolhimento ao sistema de saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.15, n.1, p. 13-19, Jan/Fev 2007.
Link: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692007000100003&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

MARQUES, I. R. e SOUZA, A. R. Tecnologia e humanização em ambientes intensivos. **Rev. bras. enferm.**, v.63, n.1, p. 141-44, Jan/Fev 2010.
Link: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022009000200013&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

MASSAROLI, A. e SAUPE, R. Distinção Conceitual: Educação Permanente e Educação Continuada no processo de trabalho em saúde. In: 2º Seminário Internacional sobre o Trabalho na Enfermagem - 2º SITEn, 2008, Curitiba - PR. Anais 2º SITEn. Curitiba - PR: ABEn- PR, 2008.

MITRE, S. M. *et al.* Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Ciência e Saúde Coletiva (Supl. 2)**, v. 13, n. 2, p. 2133-44, 2008.
Link: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000900018

MOIMAZ, S. A. S. *et al.* Satisfação e percepção do usuário do SUS sobre o serviço público de saúde. **Physis**, v. 20, n. 4, p. 1429-40, Dez 2010.
Link: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312010000400019

MORAES, P. A. *et al.* Percepções sobre necessidades de saúde na Atenção Básica segundo usuários de um serviço de saúde. **Rev Esc Enferm USP**, v. 45, n. 1, p. 19-25, 2011.

Link: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000100003

NEGREIROS, F. D. S. *et al.* Percepção da equipe multiprofissional sobre as competências do enfermeiro no transplante hepático. **Rev. Bras. Enferm**, v.70, n.2, p.242-48, Mar/Abr 2017.

Link: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672017000200242&script=sci_arttext&tlng=pt

NICOLETTO, S. C. S. *et al.* Desafios na implantação, desenvolvimento e sustentabilidade da Política de Educação Permanente em Saúde no Paraná, Brasil. **Saúde Soc**, v. 22, n. 4, p. 1094-1105, 2013.

Link: <https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwiv4MiNn4jWAhUMOZAKHTcTAKsQFggnMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.scielo.org%2Fpdf%2Fsausoc%2Fv22n4%2F12.pdf&usg=AFQjCNH4jSemt3qtouPAZtLKIS9hb3xK8g>

OLIVEIRA, E. M. e SPIRI, W. C. Programa Saúde da Família: a experiência de equipe multiprofissional. **Rev. Saúde Pública**, v. 40, n. 4, p. XX-XX, 2006.

Link: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000500025

OLIVEIRA, A. K. S. *et al.* Experiências alternativas resgatando saberes para os processos de trabalho em saúde. **Rev. Esc. Enferm. USP**, n. 46, v. 4, p. 953-59, 2012.

Link: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000400024

OLIVEIRA S *et al.* A dimensão gestonária do trabalho: aspectos da atividade de cuidado. **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 18, v. 6, p. 1581-89, 2013.

Link: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:SheqbmCq5yIJ:www.scielo.org/pdf/csc/v18n6/10.pdf+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br&client=firefox-b>

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**, v.13, n.30, p.121-34, jul/set 2009.

Link: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000300011

PINHO, M. C. G. Trabalho em equipe de saúde: limites e possibilidades de atuação eficaz. **Ciênc. cogn.**, v. 8, 2006.

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-58212006000200009

PINTO, I. C. M. *et al.* Trabalho de educação em saúde no Brasil: tendência de produção científica entre 1990-2010. **Ciências & Saúde Coletiva**, n. 18, v. 6, p. 1525-34, 2013.

Link: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-58212006000200009

RIOS, I. C. Humanização: a essência da ação técnica e ética nas práticas de saúde. **Rev. bras. educ. med.**, v.33, n.2, p. 253-61, Abr/Jun 2009.

Link: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000600019

SAUPE, R. *et al.* Competência dos profissionais da saúde para o trabalho interdisciplinar. **Interface**, v. 9, n. 18, p. 521-36 Set/Dez 2005.
Link: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000300005

SCHWARTZ, T. D. *et al.* Estratégia Saúde da Família: avaliando o acesso ao SUS a partir da percepção dos usuários da Unidade de Saúde de Resistência, na região de São Pedro, no município de Vitória (ES). **Ciênc. saúde coletiva**, v.15, n.4, p.2145-54, Jul 2010.
Link: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000400028

SCHWONKE, C. R. G. B. *et al.* Perspectivas filosóficas do uso da tecnologia no cuidado de enfermagem em terapia intensiva. **Rev. bras. enferm.**, v. 64, n. 1, p. 189-92, Jan/Fev 2011.
Link: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000100028

SILVA, I. Z. Q. J. e TRAD, L. A. B. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. **Interface**, v.9, n.16, p.25-38, Set/Fev 2005.
Link: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000100003&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

SILVA, A. M. *et al.* Entre “feudos” e co-gestão: paradoxos da autonomia em uma experiência de democratização da gestão no âmbito hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 20, p. 3063-72, 2015.
Link: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015001003063&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

SILVA, L. A. A. *et al.* Avaliação da Educação Permanente no Processo de Trabalho em Saúde. **Trab. Educ. Saúde**, v.14, n. 3, p. 765-81, set/dez 2016.
Link: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462016000300765

SIMON, E. *et al.* Metodologias ativas de ensino-aprendizagem e educação popular: encontros e desencontros no contexto da formação dos profissionais de saúde. **Interface – Comunic., Saúde, Educ. (Supl. 2)**, v. 18, p. 1355-64, 2014.
Link: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000601355

SMAHA, I. N. e CARLOTO, C. M. Educação Permanente: da Pedagogia para a Saúde. In: VII Seminário do Trabalho: trabalho, educação e sociabilidade, 2010, Marília. Anais do VII Seminário Trabalho. Marília, 2010. v. 1.
Link: <http://www.estudosdotrabalho.org/gt-grupos-de-trabalho-do-vii-seminario-do-trabalho.html>

YAMAMOTO, T. S. *et al.* Educação Permanente em Saúde como prática avaliativa amistosa à integralidade em Teresópolis, Rio de Janeiro. **Trab. Educ. Saúde**, v. 13, n. 3, p. 617-37, set/dez 2015.
Link: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462015000300617&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

APÊNDICE A

Instrumento de Coleta de Dados de Documentos Oficiais/Projetos Educacionais elaborados e executados por técnicos da SVPPS/SES/TO para servidores do SUS tocantinense.

Diretoria

Título

Sobre o CURSO

Carga Horária				
2012	2013	2014	2015	
Objetivo Geral				
2012	2013	2014	2015	Considerações do Pesquisador
Objetivos Específicos				
2012	2013	2014	2015	Considerações do Pesquisador
Modalidade do Processo Educacional				
2012	2013	2014	2015	Considerações do Pesquisador
Metodologias Educacionais				
2012	2013	2014	2015	Considerações do Pesquisador
Estratégia de Avaliação				
2012	2013	2014	2015	Considerações do Pesquisador

Sobre o DISCENTE

Público Alvo				
2012	2013	2014	2015	Considerações do Pesquisador
Requisito de Acesso				
2012	2013	2014	2015	Considerações do Pesquisador
Perfil profissional de Conclusão				
2012	2013	2014	2015	Considerações do Pesquisador

Sobre o DOCENTE

Perfil do Docente				
2012	2013	2014	2015	Considerações do Pesquisador
Critério de Seleção				
2012	2013	2014	2015	Considerações do Pesquisador

Instrumento elaborado pela autora com base nos estudos empíricos e no referencial apresentado pelo projeto.

APÊNDICE B

Instrumento de Coleta de Dados de Documentos Oficiais/Relatório Final de Cursos executados por técnicos da SVPPS/SES/TO para servidores do SUS tocantinense.

Diretoria
Título

Carga Horária			
2012	2013	2014	2015

Número Total de Alunos				
2012	2013	2014	2015	TOTAL

Conteúdo Programático				
2012	2013	2014	2015	Considerações do Pesquisador

Desenvolvimento das Atividades				
2012	2013	2014	2015	Considerações do Pesquisador

Competências / Habilidades Desenvolvidas				
2012	2013	2014	2015	Considerações do Pesquisador

Mudanças esperadas no Processo de Trabalho dos Participantes				
2012	2013	2014	2015	Considerações do Pesquisador

Avaliação do Desenvolvimento do Processo Educacional				
2012	2013	2014	2015	Considerações do Pesquisador

Instrumento elaborado pela autora com base nos estudos empíricos e no referencial apresentado pelo projeto

APENDICE C

Instrumento de Sistematização

Diretoria

Título

Projeto Educacional		
Modalidade do Processo Educacional	Carga Horária	Perfil do Docente

Público Alvo	Requisito de Acesso	Número Total de Alunos por categoria Profissional
		TOTAL

Projeto Educacional		Relatório Final do Curso		
Metodologias Educacionais	Estratégia de Avaliação	Conteúdo Programático	Desenvolvimento das Atividades	Avaliação do Desenvolvimento do Processo Educacional

Projeto Educacional		Relatório Final do Curso		
Objetivo Geral	Objetivos Específicos	Competências / Habilidades Desenvolvidas	Mudanças esperadas no Processo de Trabalho dos Participantes	Perfil profissional de Conclusão

APENDICE D

Matriz de Avaliação de Projetos Educacionais

Superintendência
Diretoria
Título

APRENDIZAGEM SIGNIFICATIVA

Nessa Categoria, verificar se os Cursos:

Serão baseados em Metodologias Ativas, como:

Contextualização	
Problematização	
Reconhecimento/valorização do conhecimento prévio do educando	

Usarão Atividades de Ensino-aprendizagem como:

Atividades em Grupo	
Aula prática do procedimento técnico aprendido, simulação do cotidiano	
Aula-expositiva-dialogada	
Caracterização dos processos de trabalho	
Conexão entre a prática profissional e as necessidades de aprendizagem	
Construção de Plano de Intervenção em grupo	
Dramatização	
Estudo de casos clínicos	
Leituras dirigidas	
Roda de conversa	

Usarão como Avaliação:

Atividades em Grupo	
Aula prática do procedimento técnico aprendido, simulação do cotidiano	
Avaliação Construtivista	
Caracterização dos processos de trabalho	
Conexão entre a prática profissional e as necessidades de aprendizagem	
Construção de Plano de Intervenção em grupo	
Dramatização	
Estudo de casos clínicos	
Leituras dirigidas	
Roda de conversa	

Despertarão nos participantes:

Interação, cooperação, participação, protagonismo	
Questionamentos, discussão, relato/troca de experiências, levantamento de problemas, relatos pessoais, identificação de dificuldade	
Reconhecimento/valorização do conhecimento prévio do educando	
Superação do binômio saúde-doença	

NECESSIDADES DO USUÁRIO

Nessa Categoria, verificar se os Cursos terão como objetivos:

Ampliar o acesso/serviço	
Implantar/implementar novos serviços	
Melhorar/atualizar o serviço prestado	

Ou, ainda, se oferecerão subsídios para que os participantes após a sua participação sejam capazes de:

Analisar as condições/determinantes de saúde e de risco	
Analisar o contexto social	
Atender demanda local	
Conhecer o perfil epidemiológico da população usaria	
Fazer o cruzamento entre os saberes profissionais e os fazeres dos usuários	
Fortalecer o vínculo entre o profissional e o usuário por meio do acolhimento, aconselhamento e escuta	
Fortalecer e se comprometer com o trabalho em Equipe Multiprofissional	
Realizar a Integralidade da assistência	
Traçar objetivos comuns entre os membros/equipes	
Promover a cidadania do usuário	
Superar o modelo biomédico a assistência ao paciente	
Trocar saberes/informações das condições de saúde-doença da população entre os membros da Equipe	

TRABALHO EM EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

Nessa Categoria, verificar se os Cursos oferecerão subsídios para que os participantes após a sua participação sejam capazes de:

Articular/desenvolver ações coletivas e multidisciplinares	
Desenvolver um Planejamento Estratégico Comum	
Trabalhar em Equipe Multiprofissional	
Interagir como membros de uma Equipe Multiprofissional	
Traçar objetivos comuns entre os membros/equipes	
Trocar saberes/informações das condições de saúde-doença da população entre os membros da Equipe	

HUMANIZAÇÃO DOS PROCESSOS DE TRABALHO

Nessa Categoria, verificar se os Cursos oferecerão subsídios para que os participantes após a sua participação sejam capazes de:

Analisar as condições/determinantes de saúde e de risco	
Fortalecer a cidadania dos membros da equipe	
Fortalecer e se comprometer com o trabalho em Equipe Multiprofissional	
Fortalecer o vínculo entre o profissional e o usuário por meio do acolhimento, aconselhamento e escuta	
Fortalecer o vínculo entre os membros da Equipe Multiprofissional	
Realizar a Integralidade da assistência	
Redução do tempo de espera	
Respeitar à cidadania do usuário	
Respeitar os princípios da biossegurança	
Respeitar os princípios da confidencialidade	
Respeitar os princípios da ética	
Responsabilização dos membros da equipe	
Transformação dos processos de trabalho	

Observações:

1. Marcar com um X os princípios da EPS identificados no Projeto Educacional;
2. Aqueles cursos com pontuação abaixo de 50%, em cada categoria, devem ser considerados APROVADO COM PENDÊNCIA, e deve ser encaminhado à área técnica para adequação dentro dos princípios da EPS, conforme recomendação do CREPES;

APENDICE E

PROJETO EDUCACIONAL

1. Nome da Ação Educativa (Conforme previsto na PAS)

...

1.1 Nome da ação para a Certificação:

...

2. Introdução com Justificativa

...

3. Objetivo Geral

3.1 Objetivos Específicos

Os objetivos do Curso deve buscar atender as necessidades do Usuário, que é o grande desafio do SUS, por meio de uma assistência que supere o tecnicismo, a fragmentação, o modelo biomédico e o binômio saúde-doença, seja através da ampliação, melhoria e/ou atualização do acesso a um serviço já existente, seja implantando e/ou implementando novos serviços. É importante também que os cursos capacite os participantes a fazer a análise das condições de saúde da população adscrita, dos determinantes de doenças e dos riscos, o atendimento da demandam local, o respeito aos princípios da ética, confidencialidade, biossegurança, a redução do tempo de espera, respeito à cidadania do usuário nesse atendimento, bem como a sua integralidade.

4. Público Alvo e Requisitos de Acesso

4.1 Públicos Alvo:

- ✓ Preferencialmente Multiprofissional, Multidisciplinar e Multissetorial.

4.2 Requisitos de Acesso:

- ✓ Público capacitado a articular/desenvolver ações coletivas e multidisciplinares.

5. Perfil Profissional do Docente

- ✓ Com habilidades Técnicas e em EPS.

6. Critérios de Seleção

- ✓ Processo Seletivo Público;
- ✓ Capacidade Técnica comprovada.

7. Perfil Profissional de Conclusão

- ✓ Analisar as condições/determinantes de saúde e de risco;
- ✓ Analisar as condições/determinantes de saúde e de risco;
- ✓ Analisar o contexto social;
- ✓ Articular/desenvolver ações coletivas e multidisciplinares;
- ✓ Atendera demanda local;
- ✓ Conhecer o perfil epidemiológico da população usaria;
- ✓ Desenvolver um Planejamento Estratégico Comum entre os Membros da Equipe;
- ✓ Fazer o cruzamento entre os saberes profissionais e os fazeres dos usuários;
- ✓ Fortalecer a cidadania dos membros da equipe;

- ✓ Fortalecer e se comprometer com o trabalho em Equipe Multiprofissional;
- ✓ Fortalecer o vínculo entre o profissional e o usuário por meio do acolhimento, aconselhamento e escuta;
- ✓ Fortalecer o vínculo entre os membros da Equipe Multiprofissional;
- ✓ Interagir como membros de uma Equipe Multiprofissional;
- ✓ Promover a cidadania do usuário;
- ✓ Realizar a Integralidade da assistência;
- ✓ Reduzir o tempo de espera do Usuário;
- ✓ Respeitar à cidadania do usuário;
- ✓ Respeitar os princípios da biossegurança;
- ✓ Respeitar os princípios da confidencialidade;
- ✓ Respeitar os princípios da ética;
- ✓ Responsabilização dos membros da equipe;
- ✓ Superar o modelo biomédico a assistência ao paciente;
- ✓ Traçar objetivos comuns entre os membros/equipes;
- ✓ Transformação dos processos de trabalho;
- ✓ Trocar saberes/informações das condições de saúde-doença da população entre os membros da Equipe.

8. Modalidade do Processo Educacional

- ✓ PRESENCIAL, EaD ou Semipresencial

9. Metodologia

Serão baseados em Metodologias Ativas, como:

- ✓ Contextualização
- ✓ Problematização
- ✓ Reconhecimento/valorização do conhecimento prévio do educando

Usarão Atividades de Ensino-aprendizagem como:

- ✓ Atividades em Grupo
- ✓ Aula prática do procedimento técnico aprendido, simulação do cotidiano
- ✓ Aula-expositiva-dialogada
- ✓ Caracterização dos processos de trabalho
- ✓ Conexão entre a prática profissional e as necessidades de aprendizagem
- ✓ Construção de Plano de Intervenção em grupo
- ✓ Dramatização
- ✓ Estudo de casos clínicos
- ✓ Leituras dirigidas
- ✓ Roda de conversa

10. Organização Curricular ou Matriz Curricular

Considerar o atendimento das necessidades do Usuário, que é o grande desafio do SUS, por meio de uma assistência que supere o tecnicismo, a fragmentação, o modelo biomédico e o binômio saúde-doença, seja através da ampliação, melhoria e/ou atualização do acesso a um serviço já existente, seja implantando e/ou implementando novos serviços. É importante também que os cursos capacite os participantes a fazer a análise das condições de saúde da população adscrita, dos determinantes de doenças e dos riscos, o atendimento da demanda local, o respeito aos princípios da ética, confidencialidade, biossegurança, a redução do tempo de espera, respeito à cidadania do usuário nesse atendimento, bem como a sua integralidade.

Tabela 1: Grade Curricular do Curso X

Módulo I			
Eixos Temáticos (grande tema)	Bases Tecnológicas / Conteúdo (Sub-temas)	Carga Horária Teórica	Carga Horária Prática
CARGA HORÁRIA TOTAL			

11. Avaliação

a) Ensino-aprendizagem:

- ✓ Atividades em Grupo;
- ✓ Avaliação Construtivista;
- ✓ Dramatização;
- ✓ Estudo de casos clínicos;
- ✓ Leituras dirigidas;
- ✓ Roda de conversa;
- ✓ Auto-avaliação.

b) Operacional:

- ✓ Aula prática do procedimento técnico aprendido, simulação do cotidiano;
- ✓ Avaliação Construtivista;
- ✓ Caracterização dos processos de trabalho;
- ✓ Conexão entre a prática profissional e as necessidades de aprendizagem;
- ✓ Construção de Plano de Intervenção em grupo;
- ✓ Auto-avaliação.

c) Docente:

- ✓ Avaliação escrita;
- ✓ Avaliação Oral;
- ✓ Auto-avaliação.

12. Critérios para Certificação

Serão requisitos OBRIGATORIOS para certificação dos Discentes:

- ✓ Presença Mínima de 75% no Curso;
- ✓ Avaliação Apta no final do curso.

13. Plano de Execução do Curso


- ✓ Número De Cursos
- ✓ Número de Discentes
- ✓ Local de execução/ Município/ Região de Saúde
- ✓ Critérios usados para definição de vagas
- ✓ Material didático-pedagógico a ser fornecido ao aluno

13.1. Cronograma de execução detalhado do Processo Educacional

(Tabela 2)

ETAPAS	Semestre	
	DATA	DATA
Submissão do projeto no CREPES	X	
Planejamento Didático Pedagógico.	X	X
Realização dos Cursos		X

ANEXO I

	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE Superintendência de Gestão profissional e Educação na Saúde Diretoria da Escola Tocantinense do SUS	ANEXO III TERMO DE LIBERAÇÃO PARA COLETA DE DADOS
---	--	--

Identificação da Pesquisa			
Pesquisador(a) Responsável: LILIANA SANTOS			
Título do Projeto de Pesquisa: Educação Permanente em Saúde na Superintendência de Vigilância, Promoção e Proteção à Saúde – Secretaria Estadual de Saúde do Tocantins			
Parecer da Diretoria da Escola Tocantinense do SUS			
O Parecer Técnico da Unidade Campo é favorável à realização da pesquisa.	X	SIM	NÃO
O Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética aprova a pesquisa.	X	SIM	NÃO
O Termo de Compromisso está assinado e com assinatura reconhecida.	X	SIM	NÃO
26/05/2017 Data/ Gerente GEPRO <small>Gerente de Educação Permanente Dis. de Ensino Mat. 1090569-3 SESAU-TO</small>	Data/Diretor(a) ETSUS Superintendência de Gestão profissional e Educação na Saúde Data: 29/05/17 Superintendente Márcia Valéria R. de Q. Santana Superintendente de Gestão Profissional e Ed. na Saúde Mat.: 465164-2 SESAU - TO		