

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E
SOCIEDADE**

LARISSA HERMES THOMAS TOMBINI

**EDUCAÇÃO PERMANENTE E INTEGRAÇÃO ENSINO-
SERVIÇO NA PERSPECTIVA DOS ENFERMEIROS DO
SERVIÇO**

**Florianópolis
2010**

LARISSA HERMES THOMAS TOMBINI

EDUCAÇÃO PERMANENTE E INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO NA PERSPECTIVA DOS ENFERMEIROS DO SERVIÇO

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito à obtenção do título de Mestre em Enfermagem – Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

Linha de Pesquisa: Educação, Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Dra. Kenya Schmidt Reibnitz
Co-orientadora: Dra. Maria Elisabeth Kleba

Florianópolis-SC
2010

FICHA CATALOGRÁFICA

610.73 Tombini, Larissa Hermes Thomas
T656e Educação permanente e integração ensino-serviço na
perspectiva dos enfermeiros do serviço / Larissa Hermes
Thomas Tombini. – Florianópolis, 2010.
177 p.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de
Santa Catarina, 2010

Orientadora: Prof^ª. Kenya Schmidt Reibnitz

1. Saúde – Educação. 2. Formação profissional –
Saúde. I. Reibnitz, Kenya Schmidt. II. Título.

CDD 610.73

Catálogo Caroline Miotto CRB 14/1178

LARISSA HERMES THOMAS TOMBINI

EDUCAÇÃO PERMANENTE E INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO NA PERSPECTIVA DOS ENFERMEIROS DO SERVIÇO

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do Título de:

MESTRE EM ENFERMAGEM

E aprovada a sua versão final em 22 de fevereiro de 2010, atendendo as normas de legislação vigente na Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação de Enfermagem, Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

Dra. Flávia Regina de Souza Ramos
Coordenadora do Programa

BANCA EXAMINADORA

Dr^a. Kenya Schmidt Reibnitz
Presidente

Dr^a. Maria Elisabeth Kleba
Co-Orientadora

Dr^a. Flávia Regina Ramos
Membro

Dr^a. Maria do Horto Cartana
Membro

*Dedico este trabalho aos meus filhos
Alisson e Betina por me conferirem a
luz e a alegria de viver e, por quem
busco saber e ser, a cada dia mais e
melhor.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos que, direta ou indiretamente estiveram em e/ou participaram de minha vida nestes dois anos e, em especial, àqueles que me acompanham e encaram comigo novos desafios, viabilizando, oportunizando, apoiando, aceitando ou até mesmo apenas não dificultando que momentos como este se concretize.

Agradeço especialmente:

Aos meus filhos, que mesmo sem compreender a amplitude deste ‘passo’, souberam compreender os momentos de ausência.

*À minha família e ao meu esposo **Alisson**, por viabilizar este momento, como suporte necessário presente em toda trajetória, compartilhando da alegria da superação de mais este desafio.*

*À minha sogra **Dna Loiva**, pelo apoio incondicional.*

*À querida professora **Dra Kenya**, pelas provocações e conforto, pela sabedoria na condução e identificação de cada momento, da hora de avançar e da hora de parar. Obrigada por respeitar o meu tempo.*

*À Co-orientadora **Dra Maria Elisabeth**, a quem carinhosamente chamamos de Lisa, por me incentivar e acompanhar desde as primeiras palavras, até as mais complexas sentenças, por apontar seus conhecimentos em minha direção e pelas palavras certas nas horas certas.*

À Secretaria da Saúde de Chapecó por permitir que este estudo se concretizasse.

À UFSC e Unochapecó pela oportunidade de crescimento profissional e pessoal.

Às colegas do MINTER, pelos momentos de descontração, pela troca de experiências e incentivo mútuo nesta jornada.

Às enfermeiras participantes desta pesquisa, por se comprometerem com a proposta participando de forma ativa, pela abertura e partilhar de vivências e experiências, determinando a concretização deste trabalho.

Aos colegas do Centro Integrado de Saúde Bela Vista que encararam os trabalhos na Unidade de Saúde, não problematizando minhas frequentes ausências.

À colega Liane, pelo apoio e parceria nas idas e vindas.

À Gessiani, pelas provocações, contribuições e incentivo.

“Escrever é tão re-fazer o que esteve sendo pensado nos diferentes momentos de nossa prática, de nossas relações com, é tão re-criar, tão re-dizer o antes dizendo-se no tempo de nossa ação, quanto ler seriamente exige de quem o faz, repensar o pensado, re-escrever o escrito e ler também o que antes de ter virado o escrito do autor ou da autora foi uma certa leitura sua”

PAULO FREIRE

TOMBINI, Larissa Hermes Thomas. **Educação Permanente e Integração Ensino-Serviço na perspectiva dos enfermeiros do serviço**. 2010. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 177p.

Orientadora: Kenya Schmidt Reibnitz

Co-orientadora: Maria Elisabeth Kleba

RESUMO

Trata-se de uma Pesquisa Convergente-Assistencial que teve como objetivos identificar a compreensão dos enfermeiros das Unidades Básicas de Saúde do município de Chapecó sobre a educação permanente em saúde e a integração ensino-serviço, analisando suas percepções sobre as contribuições da integração ensino-serviço para o processo de educação permanente profissional. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) articulada aos princípios pedagógicos de Paulo Freire fundamentaram teoricamente a trajetória da pesquisa, esta, desenvolvida com um grupo de 13 enfermeiros que atuam em serviços de saúde onde foram realizadas, nos anos de 2007 e 2008, atividades acadêmicas do curso de graduação em Enfermagem da Unochapecó. Como estratégias para coleta de dados foram realizadas 05 oficinas durante os meses de junho a agosto de 2009. A análise dos dados foi realizada seguindo os passos da Análise Temática proposta por Minayo: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação. Desta análise emergiram 3 categorias subdivididas em 3 sub-categorias/cada: 1) “A construção do conhecimento como processo de educação permanente”: a aceitação como um dos fatores condicionantes do processo educativo; a valorização do conhecimento anterior e a troca como ‘meios’ para o novo conhecimento; e a aprendizagem significativa, a partir da realidade e necessidades identificadas. 2) “Níveis de integração ensino-serviço”: Eu, enfermeiro: “expectador”; Eu, enfermeiro: envolvido no processo/ensinando; e Eu, enfermeiro: comprometido com a proposta/aprendendo. 3) “Educação Permanente em Saúde – o ato final”: atores/autores invisíveis: docentes ausentes; a equipe de saúde mediando o processo integrativo; e a condução e direção pelos gestores/instituição do serviço. Apontamos para os diferentes níveis de envolvimento dos atores/autores nos espaços de integração,

determinantes no estabelecimento e desenvolvimento efetivos das relações de integração ensino-serviço e na educação permanente em saúde, o que atenta para o resgate e para a valorização dos profissionais para participação, reflexão e construção coletiva. Identificamos que o desenvolvimento de projetos aprovados no Pró-Saúde e PET-Saúde tem sido apontados como oportunidades de educação permanente, com destaque às pesquisas emergidas da realidade e necessidades dos serviços. No entanto, a construção de projetos e propostas conjuntas de fortalecimento de relações e desenvolvimento profissional em saúde constitui, ainda, desafio a ser superado. Esta pesquisa suscita reflexões acerca dos processos de educação permanente em saúde e integração entre serviços de saúde e instituições de ensino superior, bem como traz subsídios para a reavaliação e construção coletiva de novas estratégias de aproximação e efetivação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e de desenvolvimento dos profissionais dos serviços, em âmbito municipal.

Palavras-chave: educação permanente em saúde; enfermagem; integração docente-assistencial.

TOMBINI, Larissa Hermes Thomas. **Educación permanente e integración enseñanza-servicio en la perspectiva de los enfermeros del servicio.**2010. Disertación (Maestría en Enfermería) – Programa de Post-Graduación en Enfermería de la Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 177 p.

Orientadora: Kenya Schmidt Reibnitz

Coorientadora: Maria Elisabeth Kleba

RESUMEN

Se trata de una Investigación Convergente-Asistencial que ha tenido como objetivos identificar la comprensión de los enfermeros de las Unidades Básicas de Salud del municipio de Chapecó sobre la educación permanente en salud y la integración enseñanza-servicio, analizando sus percepciones sobre las contribuciones de la integración enseñanza-servicio para el proceso de educación permanente profesional. La Política Nacional de Educación Permanente en Salud (PNEPS) articulada con los principios pedagógicos de Paulo Freire han fundamentado teóricamente la trayectoria de la investigación, ésta, desarrollada con un grupo de 13 enfermeros que actúan en los ambientes de salud donde fueron realizadas, en los años 2007 y 2008, actividades académicas del curso de graduación en Enfermería de la Unochapecó. Como estrategias para la colecta de datos se realizaron 05 talleres durante los meses de junio a agosto de 2009. El análisis de los datos fue realizado siguiendo los pasos del Análisis Temático propuesto por Minayo: pre análisis, exploración del material, tratamiento de los resultados obtenidos e interpretación. De este análisis emergieron 3 categorías subdivididas en 3 sub-categorías/cada una: 1) “La construcción del conocimiento como proceso de educación permanente”: la aceptación como uno de los factores condicionantes del proceso educativo; la valorización del conocimiento anterior y el intercambio como ‘medios’ para el nuevo conocimiento; y el aprendizaje significativo a partir de la realidad y las necesidades identificadas. 2) “Niveles de integración enseñanza-servicio”: Yo, enfermero: “espectador”; Yo, enfermero: involucrado en el proceso/enseñando; y Yo, enfermero: comprometido con la propuesta/aprendiendo. 3) “Educación Permanente en Salud – el acto final”: actores/autores invisibles: docentes ausentes; el equipo de salud mediando el proceso de integración; y la conducción y dirección a través de los gestores/institución del servicio. Apuntamos hacia los diferentes

niveles de compromiso de los actores/autores en los espacios de integración, determinantes en el establecimiento y desarrollo efectivos de las relaciones de integración enseñanza-servicio y en la educación permanente en salud, lo que destaca el rescate y la valorización de los profesionales hacia la participación, reflexión y construcción colectiva. Identificamos que el desarrollo de proyectos aprobados en el Pro-Salud y PET-Salud ha sido entendido como oportunidades de educación permanente, dándole especial importancia a las investigaciones emergidas de la realidad y de las necesidades del servicio. No obstante, la construcción de proyectos y propuestas conjuntas de fortalecimiento de las relaciones y el desarrollo profesional en salud constituye, aún, un desafío a ser superado. Esta investigación suscita reflexiones acerca de los procesos de educación permanente en salud e integración entre los servicio de salud y las instituciones de enseñanza superior, así como trae subsidios para la reevaluación y construcción colectiva de nuevas estrategias de aproximación y puesta en marcha de la Política Nacional de Educación Permanente en Salud y el desarrollo de los profesionales de los servicio, en el ámbito municipal.

Palabras-clave: educación permanente en salud; enfermería; servicios de integración docente asistencial.

TOMBINI, Larissa Hermes Thomas. **Permanent Education and teaching-service integration in the nurses service perspective.** 2010. Dissertation (Nursing master degree) – Post graduation course in nursing from Federal University of Santa Catarina, Florianópolis, 177 p.

Orientation: Kenya Schmidt Reibnitz

Co-orientation: Maria Elisabeth Kleba

ABSTRACT

This is a Convergent-Assisting Research which had as its aims to identify the comprehension from the Health Basic Units nurses at the Chapecó County about the permanent education in health and the teaching-service integration analyzing their perspectives about the contributions from the integration in teaching-service to the process of professional permanent education. The National Politics from the Health Permanent Education articulated to the pedagogical principles of Paulo Freire theoretically guided the research trajectory which has been developed in a group of 13 nurses who work in health services where academic activities were made in the Nursing Graduating Course from Unochapecó, in the years of 2007 and 2008. As data assessment strategies it was held 05 workshops during the months of July to August from 2009. The data analysis was made following the steps from the Thematic Analysis proposed by Minayo: pre-analysis; material exploration and treatment of gained results and their interpretation. From this analysis emerged 3 categories subdivided into 03 subcategories each: 1) “the knowledge building as a process of permanent education”: the acceptance as one of the conditioning factors of the educating process; the valorization of previous knowledge and the exchange as a “means” to the new knowledge; and the meaningful learning from the reality and the necessity identified. 2) “Levels of teaching-service integration”: Me, nurse: “observer”; Me, nurse: involved in the process/ teaching and Me, nurse: aligned to the process/learning. 3) “Permanent Education in Health – the final act”: invisible actors/authors: absent teachers; the health staff mediating the integrating process; and the guidance and direction by the managers/institution from the service. We appoint to the different levels of engagement from the actors/authors in the integration spaces determinant on the effective establishing and development from the teaching-service integration relationships and on the permanent education in health which calls the attention to the redemption and to the

professional valorizing to the participation, reflection and group building. It was identified that on the project developments approved on the Pro-Health and on the PET-health it has been highlighted as opportunities of permanent education, with distinction to the researches emerged from the service reality and necessities. However, the building of projects and conjoined proposals of relationship strengthening and professional development in health is, still, a challenge to be overcome. This research raises reflections around the process of permanent education in health and integration between health services and superior teaching institutions as well as brings subsidies to the reevaluation and group building from new strategies of approximation and rendering effective of the National Politics from the Health Permanent Education and the development of the professionals of service in municipal compass.

Key-words: permanent education in health; nursing; teaching care integration service.

LISTA DE ABREVIATURAS

CIES - Comissão de Integração Ensino-Serviço
CNGTES - Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde
CNRHS - Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde
CNS - Conferência Nacional de Saúde
CS - Centros de Saúde
CSF - Centros de Saúde da Família
DCN - Diretrizes Curriculares Nacionais
ECS - Estágio Curricular Supervisionado
EP - Educação Permanente
EPS - Educação Permanente em Saúde
ESF - Estratégia Saúde da Família
FWKK - Fundação W. K. Kellogg
IDA - Integração Docente-Assistencial
IES - Integração Ensino-Serviço
GTES - Gestão do Trabalho e Educação na Saúde
MEC - Ministério da Educação
MS - Ministério da Saúde
NOB-RH/SUS - Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o Sistema Único de Saúde
OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde
PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PCA - Pesquisa Convergente Assistencial
PET-Saúde - Programa de Educação para o Trabalho
PMSCH - Plano Municipal de Saúde de Chapecó
PNEPS - Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PPP - Projeto Político Pedagógico
Pró-Saúde - Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
REBEN - Revista Brasileira de Enfermagem
SGTES - Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde
SSA - Secretaria da Saúde de Chapecó
SUS - Sistema Único de Saúde
TCC - Trabalho de Conclusão de Curso
UBS - Unidades Básicas de Saúde
UDESC - Universidade do Estado de Santa Catarina
UFSC - Universidade Federal de Santa Catarina

UNESCO - Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciências e Cultura

UNOCHAPECÓ - Universidade Comunitária da Região de Chapecó

UNOESC - Universidade do Oeste de Santa Catarina

LISTA DE FIGURAS

- Figura 01: Espaços escolhidos como cenários da prática do Estágio Curricular Supervisionado do Curso de Enfermagem da Unochapecó, no período de 2004 a 2008. Chapecó, 2008 79
- Figura 02: Organograma das categorias e subcategorias acerca da Educação Permanente em Saúde e Integração Ensino-Serviço..... 107

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Distribuição dos participantes nas oficinas realizadas 98

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	29
1.1 JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS	39
2 REVISÃO DE LITERATURA	43
2.1 FORMAÇÃO E DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL EM SAÚDE - LEGISLAÇÃO VIGENTE	43
2.2 INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO NA ENFERMAGEM	49
2.3 INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO - ESTABELECENDO PARCERIAS.....	53
2.4 INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO – ESTRATÉGIA PARA A EDUCAÇÃO PERMANENTE PROFISSIONAL.....	55
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	59
3.1 OS PRINCÍPIOS DA POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE.....	59
3.2 PRESSUPOSTOS	61
3.3 MARCO CONCEITUAL.....	62
3.3.1 Conceitos inter-relacionados	63
4 METODOLOGIA	69
4.1 PESQUISA CONVERGENTE ASSISTENCIAL	70
4.2 O CONTEXTO DO ESTUDO	72
4.2.1 Secretaria da Saúde de Chapecó	72
4.2.2 Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Comunitária da Região de Chapecó	75
4.3 PARTICIPANTES	79
4.4 ESTRATÉGIA PARA COLETA DE DADOS	80
4.5 ORGANIZAÇÃO E REGISTROS DOS DADOS COLETADOS	82

4.6 ANÁLISE DOS DADOS	83
4.7 RIGOR METODOLÓGICO	85
4.8 ASPECTOS ÉTICOS	86
5 A DINÂMICA DAS OFICINAS E A CONSTRUÇÃO DAS CATEGORIAS	89
5.1 A DINÂMICA DAS OFICINAS	90
5.2 A CONSTRUÇÃO DAS CATEGORIAS	99
5.2.1 Pré-análise	100
5.2.2 Exploração do material	102
6 DESCREVENDO E ANALISANDO OS RESULTADOS	105
6.1 A CONSTRUÇÃO DO CONHECIMENTO COMO PROCESSO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE	108
6.1.1 A aceitação como um dos fatores condicionantes do processo educativo	109
6.1.2 A valorização do conhecimento anterior e a troca como meios para o novo conhecimento	114
6.1.3 A aprendizagem significativa, a partir da realidade e necessidades identificadas	118
6.2 NÍVEIS DE INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO	120
6.2.1 Eu, enfermeiro: “expectador”	122
6.2.2 Eu, enfermeiro: envolvido no processo / ensinando	125
6.2.3 Eu, enfermeiro: comprometido com a proposta / aprendendo	129
6.3 A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE – “O ATO FINAL”	134
6.3.1 Atores / Autores invisíveis – professores ausentes	136

6.3.2 A equipe de saúde como figurante, mediando o processo integrativo	140
6.3.3 A condução e direção pelos gestores / instituição do serviço	144
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	149
8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	155
APÊNDICES.....	169
APÊNDICE A	171
APÊNDICE B	173
ANEXO	175
ANEXO A.....	177

1 INTRODUÇÃO

A inadequação da formação profissional e das práticas em desenvolvimento na saúde, o desejo e as iniciativas de mudanças, visando transformar e qualificar a atenção ao usuário do Sistema Único de Saúde (SUS), têm permeado discussões nas academias e nos serviços de saúde, mais precisamente nos últimos 10 anos, com destaque para a articulação entre Ministérios da Educação e da Saúde na proposição de políticas, programas e projetos de participação e aproximação entre instituições de ensino superior e serviços de saúde.

Esses debates têm contribuído para a construção de propostas acadêmicas convergentes ao atendimento das necessidades em saúde no Brasil, em suas potencialidades e fragilidades. Da mesma forma, a atenção à saúde é desafiada a acompanhar a construção e evolução de propostas do sistema de saúde brasileiro, requerendo avaliações, atualizações e reconfigurações, alertando cada vez mais para a necessidade de formulação de políticas de educação permanente que contribuam para a qualificação do processo de trabalho.

Para Feuerwerker (2002), a produção de conhecimento e a formação profissional em saúde permanecem marcadas, em sua maioria, por interesses econômicos hegemônicos que sustentam a fragmentação, a especialização e a mercantilização do setor da saúde. Além disso, existe o estabelecimento de padrões normativos caracterizando programas de assistência seletivos e verticalizados, afastados das realidades locais. Essa prática tem marcado fortemente a atuação dos profissionais nas instituições de saúde, as ações dos gestores e a formação profissional. Por outro lado, há um conceito de saúde amplo e um perfil epidemiológico em transição, em que os profissionais se mostram cada vez menos capacitados para resolver os problemas de saúde/doença e direcionar as ações de saúde às necessidades reais dos usuários.

Neste estudo, ao abordarmos as necessidades em saúde, em alguns momentos, referimo-nos, em acordo com Lampert *et. al.*, (2009), à concepção de saúde pós-movimento da reforma sanitária brasileira, entendida como um conjunto de necessidades socialmente determinadas para uma vida digna e saudável, em âmbito individual e coletivo. Consideramos, ainda, o conceito ampliado de saúde, reafirmado pelo SUS, em referência ao cumprimento de elementos fundamentais como a alimentação, educação, trabalho, renda, moradia, transporte, meio ambiente e lazer, essenciais para vida de qualidade. O atendimento

dessas necessidades em saúde impõe a realização de ações de caráter estruturante que deem conta de proporcionar a atenção integral e intersetorial em saúde, passando pela formação e desenvolvimento de recursos humanos nas diferentes áreas do saber e de atuação profissional.

Falar em realidade social e atendimento das demandas de saúde dos usuários para a compreensão da necessidade de mudanças, bem como falar de estratégias como a Integração Ensino-Serviço¹ (IES) para sua concretização, enseja ampla contextualização da saúde como produto de fatores que a determinam e condicionam, incluindo o contexto histórico e social que a cercam.

O processo de reformulação da saúde pública no Brasil, fruto do movimento da reforma sanitária, apresenta a saúde como direito fundamental do ser humano, conquistado e assegurado na Constituição da República de 1988. A chamada “Constituição Cidadã” configura-se como a primeira a destacar a questão da saúde, ao estabelecer que:

Artigo 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

A conquista de um sistema de saúde público, universal, integral e equânime, tal como posto na Constituição, acompanha as discussões mundiais da saúde como resultado de fatores psico-biológicos, sociais, econômicos e ambientais, estes, inter-dependentes e determinantes em um processo de busca pela saúde como qualidade de vida.

No contexto acima, o tema qualidade de vida é enfatizado por meio de elementos que traduzem o que corresponde ao sentido de viver bem. Para Buss (2000), o processo saúde/doença das populações vem sendo discutido e compreendido como resultado de múltiplos fatores desde o século XVIII, quando Johann Peter Frank destacou que a pobreza, as más condições de vida, trabalho e nutrição eram apontadas como principais causas das doenças. Outros autores seguem, no século

¹ Neste estudo, abordaremos a integração ensino-serviço, não por desconsiderar a relevância da participação da comunidade, mas devido à amplitude que tal ponderação abarcaria.

XX, apontando os fatores sociais, econômicos e físicos na determinação das condições de vida e saúde das populações.

No entanto, a concepção de saúde como “ausência de doença”, considerada unicamente como acometimento biológico, orientava a formação médica em saúde, a partir de modelo de assistência centrado no diagnóstico e cura das doenças (ênfase no modelo curativo), fomentados pelos avanços e descobertas da “medicina moderna” e mercantilismo da saúde, contrários aos apontamentos das multicausalidades das doenças. Conforme destaca Buss (2000, p.164),

Há muito tempo tem sido questionado o papel da medicina pública e, num sentido mais genérico, do setor saúde no enfrentamento do que seriam as causas mais amplas e gerais dos problemas de saúde, aquelas que fugiriam ao objeto propriamente médico da questão saúde.

Considerando a concepção ampliada de saúde, novas formas de abordar e acompanhar a questão vêm sendo discutidas e propostas, desde 1976. Debates em conferências, com destaque para a Conferência de Alma Ata e Ottawa, realizada em 1978 e 1986 respectivamente, alertam para uma atenção integral à saúde, considerando a magnitude de suas concepções e ações e ensejando a revisão e reorientação de conceitos e práticas assistenciais, de modo a promovê-la como qualidade de vida das populações.

A nova concepção de saúde importa uma visão afirmativa, que a identifica com bem-estar e qualidade de vida, e não simplesmente com ausência de doença. A saúde deixa de ser um estado estático, biologicamente definido, para ser compreendida como um estado dinâmico, socialmente produzido (BUSS, 2000, p. 174).

Retrocedendo as discussões, na década de 1970, no Brasil, críticas ao modelo assistencial vigente, centrado na assistência médico-hospitalar e os déficits na assistência à saúde, acirravam os debates sobre o tema. A medicina social surgia como possibilidade de integralidade na atenção, a partir dos primeiros projetos de atenção primária/medicina comunitária. Nessa década também estava em evidência, o “movimento sanitário” que agregava profissionais de saúde e sociedade na construção de propostas para uma “nova saúde” no país.

Na década de 1980, o movimento sanitário reafirma-se como protagonista político nas conquistas de saúde, com participação e determinação na VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1986. Essa Conferência, marco na história da saúde pública no Brasil, caracteriza-se pela ampla participação popular e construção de um sistema público de saúde para o Brasil. A saúde como direito fundamental, já garantida na Constituição, somente tornou-se publicamente reconhecida a partir da promulgação da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, a chamada Lei Orgânica da Saúde.

Artigo 3º - A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País (BRASIL, 1990).

Essa Lei reafirma a proposta de um novo sistema de saúde para o Brasil, regulamentando o SUS, único em todo território nacional, amparado pelos princípios da universalidade e integralidade do acesso e ações e organizado de forma regionalizada e hierarquizada, conforme texto legal da Constituição Federal de 1988.

Para pensar a atenção à saúde de maneira a cumprir com os princípios, diretrizes e pressupostos do SUS, faz-se necessária a reavaliação e revisão da formação e das concepções e práticas em desenvolvimento, com vistas a formar profissionais preparados para o atendimento das demandas de acordo com o perfil epidemiológico e com as realidades locais do seu campo de atuação. Nesse sentido, a aproximação da academia e da prática é fundamental para a construção de um sistema efetivo e resolutivo de atenção à saúde.

Conforme destaca Feuerwerker (2002a), os profissionais de saúde deverão ser capazes de participar da produção de uma saúde integral, trabalhar com um conceito ampliado de saúde, formar uma equipe multiprofissional, ampliar a concepção de cuidado e assumir o compromisso de centrar suas ações no usuário.

Consideradas as proposições da integralidade na atenção à saúde, apontamos a concepção da atenção primária que incorpora diretamente o princípio da resolutividade, trazendo, muitas vezes, questionamentos sobre o seu real papel e capacidade de respostas às

demandas de saúde da população, já que o atendimento integral do indivíduo tem início nesse nível de atenção. Destacamos, no entanto, que todos os níveis têm iguais responsabilidades, porém, ainda falta formação do profissional de saúde para o cuidado integral desejado.

A atuação dos profissionais na atenção primária - identificada como porta de entrada no sistema - dada a complexidade dos trabalhos nesse nível de atenção,

[...] ganha especificidade na extensão dos conhecimentos, exigindo sofisticada síntese de saberes, sensibilidade diagnóstica e competência resolutiva no trabalho em equipe e na visão inter-setorial permeada pelo interstício socioeconômico, ambiental e institucional da sociedade (LAMPERT, *et. al.*, 2009, p. 7).

Dessa maneira, a formação profissional em saúde deve acompanhar as discussões e buscar estratégias para o desenvolvimento de competências que respondam as proposições do sistema de saúde.

De acordo com Pinto *et. al.*, (2007), as discussões sobre a integração ensino-serviço no processo de formação médica (leia-se, neste estudo, para todas as profissões da área da saúde), é objeto de muitas propostas e iniciativas em forma de programas e projetos desenvolvidos nas últimas décadas no Brasil. Destaca o autor que, no momento atual, há necessidade de inserção e vivência dos acadêmicos na rede de serviços do SUS, que ocorrem com o estabelecimento de relações entre universidade e serviços de saúde.

Fagundes (2007) aponta que a complexidade e a diversidade de ações desenvolvidas nos serviços de saúde e a necessidade em oferecer um atendimento humanizado e resolutivo têm levado as instituições de saúde a assumirem cada vez mais as responsabilidades em relação à atualização e à Educação Permanente (EP) de seus trabalhadores, promovendo políticas de desenvolvimento profissional.

Nessa lógica, processos de integração entre instituições de ensino superior e serviços de saúde se apresentam como potenciais estratégias de transformação da formação e do desenvolvimento profissional em saúde, com vistas à qualificação da atenção no SUS.

A estratégia de integração ensino-serviço está diretamente vinculada ao estabelecimento de programas de Integração Docente-Assistencial (IDA), recursos utilizados pelos Ministérios da Saúde (MS) e da Educação (MEC) na aproximação dos setores. As discussões em

torno dessa aproximação como proposta de organização da saúde e educação para ajustar a formação e desenvolvimento em saúde às necessidades sociais e tecnológicas, coerentes às realidades do sistema de saúde, datam da década de 1980 - anterior à criação do SUS.

A IDA foi definida pelo Ministério da Educação (MEC), em 1981, como:

União de esforços em um processo de crescente articulação entre Instituições de Educação e de Serviços de Saúde adequados às necessidades reais da população, à produção de conhecimentos e à formação de recursos humanos necessários, em um determinado contexto de prática de serviços de saúde e de ensino (BRASIL, 1981, p. 16).

O conceito, as concepções e discussões de programas e iniciativas de integração entre ensino e serviço, sejam denominadas ou referenciadas como integração docente-assistencial ou integração ensino-serviço, permanecem atuais, uma vez que objetivam o fortalecimento das relações de parceria entre instituições de ensino e serviços de saúde, para a qualificação e coerência na formação e desenvolvimento profissional com o sistema de saúde e modelo de atenção à saúde vigente.

Feuerwerker; Sena (2003, p. 40) destacam que a proposta de parceria entre universidades, serviços de saúde e organizações comunitárias “não se trata de qualquer parceria: trata-se de uma modalidade de co-gestão do processo de trabalho colaborativo, em que os sócios compartilham poderes, saberes e recursos”. Busca-se, através dessa iniciativa, uma articulação, propondo a transformação do ensino e da assistência, contextualizada com a realidade local.

A busca pela transformação e reorganização, tanto na formação quanto no desenvolvimento profissional em saúde, levou à criação, ao longo dos anos, de programas de reorientação da formação acadêmica e desenvolvimento dos profissionais, com destaque aos Programas: UNI – Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais de Saúde: União com a Comunidade; Programa de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE); Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas de Saúde (GERUS); Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Graduação em Medicina (PROMED); Programa Nacional de Reorientação da Formação

Profissional em Saúde (Pró-Saúde) e, mais recentemente, o Programa de Educação para o Trabalho (PET-Saúde) (BRASIL, 2005a).

Embora muitas vezes concebidos e implementados de forma isolada e desarticulada, esses programas, de uma maneira ou de outra, estão conseguindo provocar alterações no cuidado em saúde, a medida que profissionais e instituições participantes percebem que é preciso mudar ao mesmo tempo as práticas educativas e as ações e serviços do SUS (BRASIL, 2005a).

Para Pinheiro; Ceccim (2006, p. 15), “o contexto da reforma sanitária brasileira inclui no arcabouço jurídico do setor saúde o ordenamento da formação de seus trabalhadores, onde a institucionalização do Sistema Único de Saúde tem uma de suas principais inovações”. Esses autores destacam ainda que a esse sistema compete, entre outros, ordenar a formação de profissionais na área da saúde através da estruturação de mecanismos de atuação educacional.

A educação é considerada um instrumento potente para corrigir o descompasso entre a orientação da formação dos profissionais de saúde e os princípios, as diretrizes e as necessidades do SUS.

Buscando a efetivação de mudanças e aperfeiçoamento na formação profissional em saúde, os Ministérios da Educação e da Saúde desafiam as instituições de ensino superior ao propor, em 2001, novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) aos cursos de graduação na área, expressas no Parecer CNE/CES nº 1.133/2001, resultado de uma construção coletiva que buscou integrar a educação com a saúde. As DCN têm como ideário básico a flexibilização curricular, possibilitando a formação de acordo com o estágio de desenvolvimento do conhecimento em cada área, permitindo ao acadêmico enfrentar as rápidas mudanças do conhecimento e seus reflexos no mundo do trabalho, visando transformações dos processos formativos de forma a impactar positivamente as práticas profissionais em saúde e, conseqüentemente, a saúde dos brasileiros.

Para Schmidt (2008), as DCN para os Cursos de Graduação em Saúde estabelecem a articulação entre a educação superior e os serviços de saúde, objetivando a formação geral e específica com ênfase na promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde, enfocando elementos fundamentais como o conceito ampliado de saúde e os princípios e diretrizes do SUS, propondo a articulação entre o mundo da escola e o mundo do trabalho. Destaca ainda a autora, que a aproximação entre os Ministérios da Educação e da Saúde facilita a implementação dessas DCN como estratégia essencial para as mudanças na graduação. “Essa aproximação, mesmo preservando a identidade e a

responsabilidade de cada Ministério, promove ações intersetoriais que visam, principalmente, qualificar a formação acadêmica e a atenção em saúde prestada à população” (SCHMIDT, p.47).

De acordo com Silva *et. al.*, (2009, p. 88),

A implantação das DCN tem sido assumida como estratégia potencial para redirecionar a formação dos profissionais de enfermagem, estabelecendo um marco estruturante na construção de um novo paradigma para a educação de enfermagem: a orientação da formação para impulsionar a efetivação dos princípios do SUS e das demandas e necessidades de saúde da população.

Da mesma forma, desafia instituições de ensino superior e secretarias municipais de saúde para o estabelecimento de parcerias, estimulando e financiando o desenvolvimento de projetos conjuntos de ensino, pesquisa e extensão, visando implemmentar atividades de promoção, educação e assistência à saúde.

Desde sua criação, o SUS vem provocando mudanças nas práticas de saúde, propondo, inclusive, profundas transformações na formação e no desenvolvimento dos profissionais da área, ou seja, para mudar a forma de cuidar, tratar e acompanhar a saúde, é necessário mudar os modos de ensinar e aprender, rever as práticas educativas e ações e serviços de saúde (BRASIL, 2005b).

Conforme destaca a Rede Unida (2006a), a formação de recursos humanos se refere à educação formal, que gera habilitação profissional específica, voltada ao pessoal inserido no serviço ou sob a identificação dos programas e cursos de educação profissional, superior e pós-graduação, enquanto que o desenvolvimento se refere à educação de profissionais durante sua experiência de emprego, sob diferentes designações, que seriam: educação contínua ou continuada, *educação permanente*, reciclagem, capacitação, aperfeiçoamento, treinamento e motivação.

A Educação Permanente em Saúde (EPS) é proposta pelo MS a partir de 2004, como estratégia de transformação das práticas de formação, de atenção, de gestão, de formulação de políticas de participação popular e de controle social no setor da saúde (BRASIL, 2005a).

Pensada e pautada pela Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), a EPS visa contribuir para a

transformação e qualificação das práticas em saúde e educação, para a organização das ações e serviços de saúde, dos processos formativos e práticas pedagógicas na formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde, tendo como objetivo o atendimento aos princípios e diretrizes propostos pelo SUS (BRASIL, 2007).

Dessa forma, a relação ensino-serviço, sob a lógica da educação permanente, constitui-se uma estratégia de mudança que possibilita transformar a aprendizagem (conceitos pré-estabelecidos) em momentos significativos capazes de provocar melhorias no trabalho e no ensino, tornando-os lugares de atuações críticas, reflexivas, propositivas, compromissadas e tecnicamente competentes.

Nessa lógica, buscamos, com este estudo, discutir as relações estabelecidas entre a Secretaria da Saúde de Chapecó (SSA) e a Instituição de Ensino Superior Universidade Comunitária da Região de Chapecó - Unochapecó, através do desenvolvimento de projetos articulados em ensino, pesquisa e extensão, e suas implicações na transformação das concepções e práticas no serviço, favorecendo a educação permanente profissional.

A SSA e a Unochapecó destacam-se na construção e no estabelecimento de uma parceria efetiva entre ensino e serviço, tendo aprovado, no ano de 2005, o Projeto Pró-Saúde do Curso de Graduação em Enfermagem e, em 2007, o Projeto Pró-Saúde – Proposta Integrada, que contempla os demais cursos de graduação da área da saúde e de áreas afins. O PET-Saúde foi outro projeto de integração ensino-serviço construído e desenvolvido em parceria Unochapecó/SSA aprovado e iniciado no ano de 2009.

Capital do Oeste Catarinense, o Município de Chapecó é considerado polo de uma região com mais de 200 municípios e cerca de 1 milhão de habitantes, sendo referência regional em prestação de serviços e formação profissional na área da saúde. (CHAPECÓ, 2009).

A rede municipal de serviços de saúde está estruturada a partir de 27 Unidades Básicas de Saúde (UBS), denominadas Centros de Saúde (CS) e Serviços de Referência, nas áreas de saúde mental, saúde bucal, saúde da criança e mulher, saúde do trabalhador, diagnóstico laboratorial e por imagem e serviço de reabilitação.

A efetivação do SUS no município vem ocorrendo a partir da organização da rede de atenção básica com ênfase na Estratégia Saúde da Família (ESF), cujas ações priorizam a prevenção às doenças, a promoção, proteção e recuperação da saúde, tendo como base os princípios do SUS.

A Prefeitura Municipal mantém convênio com instituições de ensino, visando a oferecer cenários de práticas/aprendizagem para estudantes nos diferentes cursos da área da saúde, seja para o ensino superior ou para cursos técnicos profissionalizantes.

A configuração dos cenários de aprendizagem traz consigo a abordagem das relações dos profissionais que atuam na universidade com os profissionais dos serviços. Formar profissionais que respondam à realidade dos serviços e que atendam às demandas de “boas” práticas, com ênfase nas ações voltadas à atenção básica e promoção da saúde exige participação dos setores, discutindo, inclusive, o processo de formação acadêmica. Suscita, portanto, a co-responsabilização do serviço pelo processo de formação (SILVA *et. al.*, 2009).

Reafirmando esse compromisso, todos os CS, bem como os demais serviços da rede municipal de saúde, atuam como cenários de práticas, demonstrando o compromisso da gestão municipal com a formação profissional em saúde, ao acreditar que, conforme destaque no Plano Municipal de Saúde do município de Chapecó:

Ao aproximar a academia da prática, através de ações conjuntas entre os Ministérios da Saúde e da Educação –qualificando e transformando o ensino oferecido aos futuros profissionais de saúde – estarão sendo fortalecidas as ações de integralidade e resolutividade da rede pública do SUS (CHAPECÓ, 2009, p.51)

Considerada a proposta de qualificação da atenção à saúde e reorientação do modelo assistencial a partir da ESF, são discutidas e apontadas necessidades de mudança na formação profissional em saúde. Nessa lógica e ao encontro das diretrizes curriculares apresentadas, o Curso de Graduação em Enfermagem da Unochapecó desenvolve suas atividades desde o ano 2007, baseadas em um novo Projeto Político Pedagógico (PPP).

Criado em 2000, o Curso de Graduação em Enfermagem da Unochapecó destaca-se por ser, entre os cursos de graduação em saúde oferecidos na referida instituição, o pioneiro na proposição de iniciativas de aproximação do ensino com os serviços de saúde. Ao propor a diversificação de cenários de ensino-aprendizagem, desde os primeiros módulos da formação acadêmica com inserções contínuas e regulares nos diferentes espaços, o curso possibilita o estabelecimento de vínculos

e relações entre academia (docentes e discentes), serviços (gestores e profissionais) e comunidades.

A realização deste estudo, junto aos profissionais enfermeiros das UBS, demonstra a relação solidificada de integração a partir do curso de enfermagem, em que consiste nossa formação profissional, e constante busca pelo aprimoramento do conhecimento e efetivação das práticas nos espaços micropolíticos de atuação.

1.1 JUSTIFICATIVA

O interesse em discutir, trabalhar e pesquisar a integração ensino-serviço para a formação profissional e a educação permanente dos profissionais dos serviços iniciou no momento em que passamos a desenvolver atividades de gerência em um Centro de Saúde, responsável direta por cerca de 40 trabalhadores que compunham uma equipe multiprofissional. A atualização das práticas, as discussões em equipe acerca dos temas e situações vividas no cotidiano do serviço passaram a fazer parte de nosso processo de trabalho, gerencial e assistencial. As inquietações e o desejo de aprimoramento desse processo educacional se intensificaram ao ingressar como docente na Unochapecó, quando passamos a desenvolver, no nosso espaço de atuação profissional, a atividade de docência, acompanhando grupos de acadêmicos de enfermagem em atividades teórico-práticas. A atividade docente-assistencial levou-nos a refletir sobre a importância da inserção do acadêmico nos cenários de aprendizagem, tanto para sua formação profissional quanto para a “provocação”, a partir dos questionamentos e práticas, dos profissionais daquele espaço.

As leituras, estudos e discussões acerca do tema se intensificaram com a realização do Curso de “Especialização em Ativação de Processos de Mudança na Formação Superior de Profissionais de Saúde”, em São Paulo, nos anos de 2005 e 2006, tendo como produto final a elaboração da monografia “A percepção dos profissionais de enfermagem do serviço sobre o desenvolvimento de atividades teórico-práticas – uma relação ensino-serviço”. Nesse trabalho, ao questionarmos sobre a importância da presença do acadêmico nos espaços de atuação profissional, identificamos que 95% dos pesquisados a destacaram como ‘muito importante’. No entanto, ao questionar o porquê, fomos surpreendidas ao identificar que, na percepção dos profissionais, a importância estava na aprendizagem do acadêmico ou na “ajuda” prestada (pela mão de obra) ao serviço.

Nenhum relato apontou para o crescimento ou atualização profissional possibilitado pela aproximação/relação do serviço com a academia.

Estudos e publicações sobre experiências em integração docente-assistencial apontam para as responsabilidades dos serviços de saúde e das instituições de ensino na produção do conhecimento, formação e desenvolvimento de profissionais para o SUS, destacando as facilidades e dificuldades no estabelecimento das relações.

Feuerwerker destaca em suas publicações a integração entre o ensino e os serviços como determinante às mudanças necessárias à formação em saúde.

Artigos produzidos nos últimos dez anos apontam as experiências de integração docente-assistencial com foco e destaques para a importância das relações estabelecidas e do campo/vivência como formadores dos futuros profissionais, como destacam Shimizu (1999), Pinto *et. al.*, (2007) e Beccaria (2006).

Mudanças e transformações na formação são necessárias e urgentes, porém alertamos para o aperfeiçoamento, a qualificação e a educação permanente dos profissionais dos serviços. Muitos desses formados sob currículos fragmentados e especializados, atuando para queixas, órgãos, sistemas e doenças, e não para indivíduos, famílias, comunidades e sociedade, permanecem indiferentes às práticas de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos.

A nova demanda em saúde proposta pelo SUS requer reavaliação, com previsão e planejamento de estratégias e ações em educação permanente dos profissionais da saúde, sendo a academia um potencial “provocador” das práticas em desenvolvimento.

Ao vislumbrar a integração ensino-serviço como estratégia para potencializar o processo de educação permanente profissional, alguns questionamentos surgiram, como por exemplo: como ocorre o processo de integração entre o ensino e os serviços de saúde no município de Chapecó? A partir dessa integração, como ocorre o processo de educação permanente dos profissionais dos serviços de saúde? Tal processo ocorre de fato? O que os profissionais entendem por educação permanente? De que forma a integração contribui (ou não) para o processo de ensino-aprendizagem dos profissionais dos serviços? Essa integração contribui para a revisão de suas práticas, conceitos e comportamentos?

Ao considerarmos que o processo de ensino-aprendizagem requer de todos os atores/autores (docentes, discentes, gestores, profissionais dos serviços e comunidade) envolvimento, respeito e confiança, destacamos a relação de responsabilidade ou co-

responsabilidade e comprometimento dos mesmos, tanto com a formação dos futuros profissionais quanto com o processo de educação permanente dos atuais profissionais dos serviços.

A partir das discussões, leituras e vivências, bem como dos resultados obtidos através de pesquisa anterior, motivamo-nos a aprofundar os conhecimentos sobre os temas *educação permanente profissional e integração ensino-serviço*, na perspectiva de responder às questões de pesquisa.

- Qual a compreensão dos enfermeiros sobre a educação permanente e a integração ensino-serviço?

- Como os enfermeiros percebem que a integração ensino-serviço pode contribuir para a educação permanente profissional?

Para responder às questões norteadoras, orientamos o estudo a partir de dois objetivos.

- Identificar a compreensão dos enfermeiros das Unidades Básicas de Saúde sobre a educação permanente em saúde e a integração ensino-serviço.

- Analisar as contribuições da integração ensino-serviço para o processo de educação permanente, na perspectiva dos enfermeiros vinculados às Unidades Básicas de Saúde do município de Chapecó.

EVISÃO DE LITERATURA

Neste capítulo, abordamos os principais assuntos que envolvem os temas desta pesquisa.

Na busca por referências à integração ensino-serviço na enfermagem e educação permanente, percorremos as bases de dados Lilacs, Scielo e, através do editor EBSCOHost, as bases Cinahl, Soc Index e SportDiscus. Pesquisamos também, o banco de teses e dissertações da Capes e Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), além de documentos legais (leis, relatórios), livros e periódicos.

Utilizamos como descritores: serviço de integração docente-assistencial / teaching care integration services; educação continuada / continuing education; e educação em enfermagem. Os termos integração ensino-serviço e educação permanente não são caracterizados como descritores, por constituírem termos próprios do Brasil.

A partir dos descritores citados, localizamos e destacamos para leitura e aprofundamento, cerca de 70 artigos, além de, como citado, livros, periódicos, teses e dissertações. Destacamos que essa busca não caracterizou busca ou revisão sistemática de literatura, e sim pesquisa para embasamento e instrumentalização da pesquisadora na discussão dos temas em estudo.

Para construção desta revisão foi necessário o resgate sobre a evolução dos debates e a construção da atual política de saúde no Brasil, a legislação e suas implicações na formação e desenvolvimento dos trabalhadores da área; as produções em enfermagem sobre integração ensino-serviço; e as relações e parcerias estabelecidas entre os setores, assim como da construção da política nacional de educação permanente em saúde, sua vigência e efetividade.

2.1 FORMAÇÃO E DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL EM SAÚDE - LEGISLAÇÃO VIGENTE

De acordo com a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS Brasil (2002, p. 10), “Os Recursos Humanos no setor saúde constituem a base para a viabilização e implementação dos projetos, das ações e serviços de saúde disponíveis para a população”, e, dada sua importância na efetivação do sistema, debates acerca da

formação e desenvolvimento profissional são freqüentes e propostos, constantes em Leis, estudos, análises e deliberações em Conferências Nacionais de Saúde e de Recursos Humanos.

Ceccim *et. al.*, (2002) abordam as discussões sobre a legislação em saúde e suas implicações na formação e no desenvolvimento profissional na área no Brasil. Destacam, como citado, a ordenação na formação de recursos humanos para a saúde como competência do SUS, apresentados na Constituição Federal de 1988 e na Lei Orgânica da Saúde.

A Constituição Federal de 1988 cita, em seu artigo 200, que, ao Sistema Único de Saúde compete:

[...]

III – ordenar a formação de Recursos Humanos na área da saúde; [...]

V – incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico.

É previsto, portanto, que os órgãos gestores do SUS devem estruturar mecanismos de atuação educacional que compreendam tanto essa ordenação de formação de recursos humanos quanto o desenvolvimento científico e tecnológico.

A Lei Orgânica da Saúde nº 8.080, de 1990, apresenta:

Artigo 6º: Estão incluídas no campo de atuação do SUS:

[...]

III – a ordenação e formação de recursos humanos na área da saúde;

Artigo 15º: A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios exercerão, em seus âmbitos administrativos, as seguintes atribuições:

[...]

IX - participação na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde [...];

XIX - realizar pesquisa e estudos na área da saúde.

Artigo 27º: A política de recursos humanos na área da saúde será formalizada e executada articuladamente pelas diferentes esferas de governo, em cumprimento dos seguintes objetivos:

I- organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de aperfeiçoamento de pessoal;

Parágrafo único: Os serviços públicos que integram o SUS constituem campo de prática para o ensino e pesquisa, mediante

normas específicas elaboradas conjuntamente com o sistema educacional.

Logo, os serviços de saúde constituem locais de ensino e aprendizagem, ressaltando as indissociabilidades dos papéis de gestão e formação no âmbito do SUS.

O controle social, através de seus espaços de participação - conselhos e conferências - discute e propõe alternativas para a formação e qualificação dos trabalhadores da saúde frente ao novo modelo de atenção e gestão em saúde do SUS.

De acordo com Ceccim *et. al.*, (2002), a formação dos profissionais e a educação permanente, bem como sua adequação à regionalização e hierarquização, são destaques na VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em 1986, cujo tema central foi a reformulação do Sistema Nacional de Saúde. Essa Conferência apresenta a atenção à saúde sob novas perspectivas, exigindo, dessa forma, adequação na formação e desenvolvimento profissional.

Junto à VIII CNS, realizou-se a I Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde (CNRHS), com o tema “Política de Recursos Humanos rumo à Reforma Sanitária”. A análise da situação dos órgãos de recursos humanos e sua participação efetiva na política de desenvolvimento dos trabalhadores, com apontamento da alienação destes nas discussões e desenvolvimento de ações administrativas, de formação, educação permanente e pesquisa, foi ponto debatido nessa conferência (BRASIL, 1993).

A IX CNS (1992), no que se refere à política de recursos humanos, destacou a necessidade de assegurar políticas, tanto para a formação quanto para o desenvolvimento dos trabalhadores, apontando a necessidade de realização da II CNRHS. Da mesma forma, reivindicou a regulamentação do artigo 200 da Constituição Nacional de 1988 e a criação, por parte dos gestores, a partir de articulações entre Secretarias da Saúde e da Educação, de escolas de formação de trabalhadores da saúde, assim como a garantia de recursos financeiros para a educação de profissionais e a criação de núcleos de desenvolvimento de trabalhadores. Outro ponto abordado nessa Conferência foi a manutenção e a ampliação dos programas de residência no SUS (CECCIM *et. al.*, 2002). Vale considerar que essa Conferência destacou que, para a efetiva implementação do SUS, é indispensável a criação de uma política nacional de recursos humanos, apontando a impossibilidade da implementação do Sistema sem o tratamento, de forma ordenada, de sua força de trabalho (BRASIL, 2002).

A II CNRHS, realizada em 1993, dentre outras formulações, debateu que a preparação de recursos humanos em saúde implica articulação com as políticas de educação, configurando a integração entre os setores de educação e saúde – ensino-serviço, como princípio nuclear das políticas de preparação dos trabalhadores para o SUS (BRASIL, 1993).

De acordo com Campos *in* Brasil (2006), as propostas apresentadas no relatório final da II CNRHS se concentraram em um grande conjunto de indicativos para a área de formação e gestão de recursos humanos em saúde, com destaque para a integração entre instituições formadoras de recursos humanos e serviços de saúde, incluindo-se os conselhos de saúde e de educação e a revisão dos currículos de formação, para a construção de um modelo assistencial referenciado à epidemiologia e às ciências sociais e a criação de estruturas de desenvolvimento de recursos humanos nas secretarias estaduais e municipais de saúde, com reordenação de papéis em cada um dos níveis.

Realizada em 1996, a X CNS tratou da qualificação, formação e desenvolvimento dos trabalhadores em saúde, através da promoção de programas permanentes de aperfeiçoamento, motivação e reciclagem das equipes, criados pelo MS, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, bem como a implantação e manutenção de escolas de formação por parte das Secretarias Estaduais e Municipais das capitais. Nessa Conferência, foi mantida a solicitação da regulamentação do Artigo 200 da Constituição Nacional e, também, solicitado que o MS apresentasse um Plano de Ordenamento da Capacitação, Formação, Educação Continuada e Reciclagem dos Recursos Humanos em Saúde, tendo como proposta a criação das Comissões Permanentes para integração entre conselhos de saúde, serviços de saúde e instituições de ensino, fortalecendo vínculos e articulações intersetoriais e o estímulo à criação de escolas de Saúde Pública em todos os Estados (CECCIM *et. al.*, 2002). Na mesma conferência, à integração ensino-serviço foi incluída a comunidade, haja vista a importância dada ao controle social nesse processo, permitindo que falemos em integração ensino-serviço-comunidade.

O relatório final propôs a elaboração, pelo MS, de uma Norma Operacional Básica de Recursos Humanos (NOB/RH-SUS) com princípios que regulem a ação e a relação dos municípios, estados e da união, com relação aos trabalhadores no âmbito do SUS (BRASIL, 2002).

Em 2000, a XI CNS cujo tema foi "Efetivando o SUS: qualidade e humanização na atenção à saúde, com controle social", através de seus diversos elementos e argumentos, consolidou a integração ensino-serviço-comunidade. Entre outros tópicos, fortaleceu os princípios do SUS, destacou o financiamento para ações voltadas ao desenvolvimento e formação de profissionais, abordou a criação de cursos de especialização em saúde pública, reiterou a necessidade da regulamentação do Artigo 200 da Constituição e reafirmou a importância do controle social junto aos órgãos formadores e da participação dos gestores e dos Conselhos de Saúde na revisão das diretrizes curriculares. A Conferência ressalta o comprometimento das Universidades com a construção e consolidação do SUS, com a formação de profissionais voltados às necessidades e exigências sociais (CECCIM *et. al.*, 2002).

Em 2002, a NOB/RH-SUS constituiu-se em mais um dos instrumentos produzidos para a efetivação do SUS, destacando a importância do trabalho e da valorização profissional e a regulação das relações de trabalho no setor saúde.

Essa Norma Operacional apontou, entre outros, princípios e diretrizes para a gestão do trabalho, explicitando as atribuições e responsabilidades das três esferas de governo para com a gestão de trabalho e política de desenvolvimento do trabalhador do SUS.

Estabeleceu que o modelo de educação permanente esteja baseado nas atribuições e competências dos trabalhadores do SUS, orientado para o trabalho coletivo a partir da realidade, tornando possível, dessa forma, a implementação de novos modelos assistenciais e de gestão no SUS (REIBNITZ *et. al.*, 2009).

No que se refere à formação e desenvolvimento profissional, em âmbito municipal, destacamos a elaboração de um Programa Institucional Municipal de Educação Permanente para os trabalhadores, dirigentes, gerentes de serviços e os conselheiros municipais e locais de saúde, a participação das instituições de ensino nos serviços de saúde do SUS, mediante a realização de atividades conjuntas com escolas de ensino fundamental, médio, superior (graduação e pós-graduação) e de educação permanente em atividades de pesquisa e extensão, avaliação de serviços e programas de saúde e o incentivo e aprimoramento de centros formadores do SUS, como parte da política de Recursos Humanos em Saúde (BRASIL, 2002).

Realizada em 2003, a XII CNS, recomendou, para a área da educação permanente profissional, a criação de coordenações de educação em saúde nas três esferas de governo, bem como a

implementação articulada de uma política e programas de educação permanente, a partir da criação de fóruns de discussão. A promoção e a implantação da educação permanente para a qualificação dos trabalhadores em todos os níveis de formação foram, da mesma forma, propostas nessa conferência (BRASIL, 2006).

As questões da educação na saúde, seja no processo formativo ou na educação permanente dos trabalhadores, constituem, portanto, uma das atribuições e finalidades do sistema, constantes em documentos legais e instrumentos sociais. Atento a essa responsabilidade e na busca de sua efetivação, o MS propõe e desenvolve estratégias e políticas em acordo com as necessidades de saúde da população e a qualificação da atenção à saúde no SUS (BRASIL, 2009).

Com as mudanças no modelo de atenção à saúde propostas, emergem discussões para mudanças na formação e nas práticas profissionais. Propõe-se, então, uma reavaliação de práticas e estratégias pedagógicas na formação e no desenvolvimento dos trabalhadores para a área da saúde (BRASIL, 2009).

A partir da criação, em 2003, da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), o MS assumiu seu papel de gestor federal no que diz respeito à ordenação da formação de pessoal para o setor e à educação permanente do pessoal inserido no SUS (BRASIL, 2003).

A reafirmação da educação permanente profissional como estratégia para a qualificação do sistema veio com a organização e proposição de uma política: a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), em 2006.

Também em 2006, sob o tema “Trabalhadores de Saúde e a Saúde de Todos: Práticas de Trabalho, de Gestão, de Formação e de Participação”, foi realizada a III Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (CNGTES), que refletiu sobre os processos de trabalho do SUS e propôs diretrizes para a implementação de políticas de gestão de trabalho e educação na saúde, no âmbito nacional (BRASIL 2006).

A XIII CNS, em 2007, reafirmou a Política de Gestão do Trabalho e da Educação para a Saúde, com os objetivos de propor diretrizes nacionais para a implementação da Política de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde e ampliar a participação e a corresponsabilidade.

Essa conferência apresentou proposições em educação permanente, solicitando a previsão e disponibilização de recursos para a educação permanente profissional. Destacou que MS, estados e

municípios devem normatizar os campos de integração ensino-serviço e fortalecer as Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço para que estas se efetivem como espaços de formulação da política de educação permanente em saúde, em apoio a todas as esferas de gestão para a construção de pactos coletivos, comprometendo os gestores no processo de educação permanente dos trabalhadores da saúde (BRASIL, 2008).

2.2 INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO NA ENFERMAGEM

O estabelecimento de relações de aproximação e parceira entre instituições de ensino superior e serviços de saúde vem sendo referenciado desde a década de 1960, quando novas propostas para a inserção acadêmica na realidade dos serviços foram apontadas como estratégia fundamental à formação em saúde.

Na busca por referências à integração entre ensino e serviço na enfermagem, reconhecemos artigos publicados a partir da década de 60 na Revista Brasileira de Enfermagem (REBEN) até a atualidade.

Em artigo produzido, ‘Relação Ensino-Serviço de Enfermagem’, ao descrever sua experiência em um Hospital Universitário, Chiarello (1963, p. 264) destaca que “as escolas devem manter estreito entendimento com os serviços para melhor resultado do aprendizado”. Conclui a autora, “deve haver um bom entrosamento entre escola e o serviço de enfermagem, a fim de serem planejados os estágios e resolvidos os problemas, para melhor aproveitamento das alunas” (CHIARELLO, 1963, p. 266).

Em 1969, a Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, juntamente com a Organização Pan Americana de Saúde (OPAS) promoveu, em Salvador-BA, o Seminário “Integração de Ensino e Serviço de Enfermagem em Hospitais Universitários”. A realização desse Seminário chama às discussões sobre o tema diretores e professores das escolas de enfermagem para o desenvolvimento de métodos necessários à integração ensino-serviço, visando, de um lado, à melhoria da assistência prestada ao paciente e seus familiares e, de outro, a fortalecer a aprendizagem através do ensino na realidade, renovado pela pesquisa de campo (OLIVEIRA, 1975).

Em outro estudo abordando a integração ensino-serviço em hospitais universitários, Oliveira (1975) reconhece a dicotomia de interesses e objetivos entre ensino e serviço na época, quando, de um

lado, o ensino ocorre distante da realidade e sem influências na renovação da prática profissional e, de outro, o serviço, sem incorporar novos métodos de trabalho, distante das diretrizes educacionais e pressionado pela demanda de assistência, reproduz rotinas ultrapassadas.

Wolfovitch *et. al.*, (1975, p.26), ao abordar a experiência de campo necessária à formação do enfermeiro, aponta que o ensino da enfermagem “*deve estar orientado às reais necessidades do país, e quando bem realizado, é fator decisivo na formação profissional*”, destacando, dessa forma, a importância do aprendizado na prática e no cotidiano dos serviços, o que, por sua vez, exige o estabelecimento de relações e parcerias entre as instituições.

Ainda em 1975, Santos apontou lacunas entre as ações e intenções dos diferentes setores (ensino e serviço), apresentando a implantação de um modelo docente-assistencial como estratégia para estreitar as relações e o estabelecimento de uma integração efetiva entre a instituição de ensino e os serviços.

A integração do ensino e serviço de enfermagem com a rede hospitalar governamental foi abordada por Castro em 1975, quando a autora considera que “a articulação dos serviços de saúde com as escolas de enfermagem abre uma nova perspectiva na expansão do campo docente assistencial, criando benefícios para o ensino, para as organizações de saúde e para a comunidade que deles se utiliza” (CASTRO, 1975, p. 31). Em seu estudo, conclui a autora que

[...] a integração do ensino teórico com o trabalho prático e complementado com pesquisas resultará numa conscientização e solução dos problemas da área da assistência de enfermagem. A integração favorece a participação de todos elementos que fazem parte do sistema (ou subsistema), assim contribuindo para melhorar os processos técnicos administrativos (CASTRO, 1975, p. 36).

Ainda na década de 1970, conforme artigos localizados na REBEN, experiências de aproximação entre instituições de ensino e serviços de saúde e docente-assistenciais são descritas e publicadas, a destacar, Dourado (1976) e Costa *et. al.*, (1978). Os artigos voltam-se à apresentação de articulação entre universidades federais e hospitais universitários, com foco na vivência e prática hospitalar para a formação acadêmica do profissional de saúde.

Na década de 80, no bojo do movimento social pela Reforma Sanitária Brasileira, foram constituindo-se movimentos pela mudança na formação dos profissionais de saúde. Surgiram, na tentativa de integrar os hospitais de ensino com os serviços de saúde, propostas como as de Integração Docente Assistencial (IDA). Os Projetos IDA caracterizaram-se por constituírem espaços de discussões e proposições de mudanças na saúde, contribuindo para a aproximação entre universidades e serviços de saúde (BARBIERI, 2006).

Nessa década iniciaram-se, como citado, as discussões e proposições de um novo sistema de saúde para o Brasil, com destaque à ampla participação popular, emergindo novas demandas em formação e desenvolvimento profissional na área.

Conforme destaca Shimizu (1999), desde a reforma universitária de 1968, quando os estudos se intensificaram, a IDA tem sido considerada elemento importante para a qualificação da formação profissional e para a melhoria da qualidade de assistência prestada.

Shimizu (1999, p. 51) percebe na IDA “um caminho para melhor articulação entre os enfermeiros assistenciais e de ensino e, em consequência, oportunidades para refletirem sobre a qualidade de assistência prestada aos pacientes”.

Experiências em Integração Docente Assistencial vêm sendo relatadas em artigos e produções em enfermagem, como observado, desde a década de 1960.

Em artigo publicado em 1991, Padilha realizou levantamento bibliográfico acerca dos artigos sobre IDA publicados na década de 1980. Nesse estudo, a autora analisou criticamente as causas de integração e desintegração docente-assistencial e concluiu que inúmeras iniciativas de efetivação da IDA foram desenvolvidas com sucesso, devendo as divergências identificadas serem avaliadas e modificadas, para benefícios na aprendizagem, melhoria nos serviços e na qualidade da assistência prestada à população.

Em 1990, frente aos desafios de reafirmação e articulação entre ensino e serviços de saúde compreendendo a multiprofissionalidade, bem como a participação da comunidade, surgiu o Programa UNI - Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais de Saúde: união com a comunidade, apoiado pela Fundação W. K. Kellogg (FWKK), propondo modelos de trabalho multiprofissional em comunidade, com participação comunitária nas decisões de saúde (SILVA, 1999).

Em 1996, os Projetos IDA e o Programa UNI uniram-se, formando a Rede Unida, constituindo espaço para trocas e divulgação de experiências e articulação entre instituições de ensino, serviços de

saúde e comunidades assistidas. A Rede Unida reafirma as experiências de integração docente-assistenciais e a participação da comunidade nas discussões e proposições para a formação e desenvolvimento profissional em saúde (BARBIERI, 2006).

Miranda *et. al.*, (1997) apontaram a IDA como uma questão “não-resolvida” ao abordarem o tema na lógica dos envolvimento de enfermeiros clínicos e enfermeiros docentes nos processos de formação e assistência. No estudo, os autores identificaram os profissionais por vezes “desintegrados” ou, quando “integrados”, baseados em negociações particulares.

Destacam Beccaria; Trevizan (2006) que a enfermagem brasileira tem se preocupado com as questões que envolvem a IDA, manifestando idéias, condutas, experiências e sentimentos sobre sua prática interinstitucional, bem como analisando as ações e relações vividas e as concepções teóricas construídas de informações recebidas sobre articulações entre sujeitos e instituições.

Autores como Olschowsky; Silva (2000), Beccaria; Trevizan (2006) destacam a IDA como recurso potencial para a formação em saúde, quando, ao estabelecerem objetivos comuns, instituições de ensino e serviços de saúde, produzem conhecimentos, qualificam a assistência, o ensino e a pesquisa.

Todavia, da mesma forma, ponderam as dificuldades enfrentadas pelas instituições de ensino e serviços de saúde para a implantação dessa integração.

Para Olschowsky; Silva (2000, p.132), “uma das dificuldades identificadas para articular a IDA como um processo efetivo de integração é a dicotomia instituída que envolve duas instituições diferentes que mantêm suas características e seus interesses divergentes”, quando ensino e serviço apresentam, na prática, objetivos e práticas distantes, ações unilateralizadas em papéis, pessoas e poderes diferentes, tentando prevalecer uns sobre os outros.

Beccaria *et. al.*, (2006) destacam que, de um lado, o serviço se preocupa unicamente com a assistência ao usuário, de outro lado, o ensino prioriza a formação acadêmica propondo e organizando inserções fragmentadas, não sistemáticas, limitadas aos períodos de estágios dos estudantes. As autoras entendem, ainda, que a escola tem dado pouca importância ao seu papel transformador na educação e na prática profissional.

As dificuldades e diferenças institucionais constituem desafios a serem enfrentados na proposição e consolidação de integração efetiva

entre os setores, articulando os diferentes atores e papéis na construção de parcerias.

Em acordo com Albuquerque (2007), é necessário que essas diferenças (de organizações, práticas e saberes) sejam não apenas consideradas, mas, sobretudo, sejam motivos de desconfortos e desestabilização, tornando possível a mudança e proposição do novo.

2.3 INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO – ESTABELECENDO PARCERIAS

Programas e projetos voltados ao estímulo da parceria, articulação e aproximação entre academia e serviços de saúde vêm sendo desenvolvidos no Brasil nos últimos anos.

Conforme destaca Brasil (2007, p.14), “a educação dos profissionais de saúde deve ser entendida como processo permanente na vida profissional, mediante o estabelecimento de relações de parceria entre as instituições de educação, a gestão e os serviços de saúde, a comunidade, as entidades e outros setores da sociedade civil”, o que pressupõe a construção efetiva da integração ensino-serviço.

De acordo com Silva *et. al.*, (2008), a integração entre o teórico-prático, o trabalho em equipe multiprofissional, a perspectiva da integralidade no cuidado à saúde de indivíduos, famílias e comunidades e o estabelecimento de parcerias entre os mundos da academia e do trabalho (ensino-serviço) vêm potencializando mudanças e a reorganização, tanto da formação quanto do cuidado, visando ao enfrentamento e respostas às necessidades de saúde da sociedade.

Ao pensar a mudança na formação, devemos considerar que a reorientação da educação exige uma ligação intrínseca entre o processo educativo, o espaço de trabalho e o mundo real, sendo a proposta de mudanças nos processos de formação construída coletivamente, de forma articulada, a partir das necessidades das realidades locais, envolvendo os diversos segmentos, atores/atores - indivíduos, grupos ou instituições capazes de interferir de forma ética e/ou política numa determinada situação, de acordo com um projeto próprio (BRASIL, 2005b).

Para que a inserção do acadêmico no cotidiano de trabalho dos serviços e na vida das comunidades seja produtiva e coerente, é indispensável a construção de parcerias entre universidades, serviços de saúde e comunidades, sendo essas parcerias fundamentais para que a

população, profissionais dos serviços, docentes e acadêmicos possam participar efetivamente da identificação e priorização de problemas, do planejamento, execução e avaliação das atividades (REDE UNIDA, 2006a).

A constituição de territórios de cuidado/aprendizagem, estabelecidos a partir de parcerias, de acordo com Silva *et. al.*, (2008, p.27), “representa a confluência dos mundos da formação, do trabalho e do cotidiano dos indivíduos, famílias e comunidade, exigindo dos atores um diálogo permanente que favoreça a construção de novas possibilidades para o cuidado em saúde [...]”.

Transformar espaços de produção de saúde em espaços de aprendizagem, articulando os mundos do trabalho e educação, exige dos atores/autores envolvimento e diálogo permanente, favorecendo a construção de novas possibilidades, tanto para a formação quanto para o cuidado em saúde.

Destacam Reibnitz; Prado (2003), que, como sujeitos que se constroem a partir das relações que estabelecem, o diálogo é condição fundamental para essa construção. “O diálogo pressupõe uma atitude de abertura, de compartilhamento, de troca de experiências, vivências, sentimentos, pensamentos” (REIBNITZ, PRADO, 2003, p. 27), condições fundamentais ao estabelecimento de relações de parceria e integração efetivas entre sujeitos que compõem o processo integrativo e educativo.

Peduzzi (2001) entende que é por meio da prática comunicativa, caracterizada pela busca do consenso, que os profissionais podem arguir mutuamente o trabalho cotidiano executado, estabelecer parcerias e construir um projeto comum, conforme as necessidades de saúde dos usuários.

Segundo Mendes *et. al.*, (2000), a academia necessita de parceiros diretamente envolvidos na assistência e que demonstrem competências e pontos relevantes que possam ser integrados e complementares ao ensino em enfermagem.

De acordo com Sisson (2005), a parceria deve ser compreendida como relação constituída por sujeitos/atores do processo integrativo, academia, trabalhadores dos serviços, em sua maioria, de atuação local e por atores das organizações comunitárias. Segundo a autora,

Esta co-gestão pressupõe relações mais horizontais, compartilhando espaços de planejamento, decisão e operação, em um processo que possibilita grande transferência de

tecnologia e de saberes entre parceiros, incentiva relações mais democráticas e promove a incorporação de conhecimentos [...] (SISSON, 2005, p. 43).

Destaca Silva *et. al.*, (2008) que a parceria entre ensino e serviços de saúde que reconheça que, tanto os processos formativos como os do trabalho produzem conhecimento técnico-políticos, deve reafirmar o compromisso das instituições formadoras com a sociedade, bem como uma nova participação do SUS na formação dos profissionais de saúde.

2.4 INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO – ESTRATÉGIA PARA A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

Anteriormente às discussões sobre Educação Permanente em Saúde (EPS), prevaleciam, no campo da educação em saúde, práticas educativas de transmissão de conhecimentos em formatos de capacitações, previamente “moldados” de acordo com as necessidades e objetivos de quem as desenvolvia (BRASIL, 2009).

A EPS, considerados seus princípios de aprendizagem significativa ocorrendo ao longo de toda vida, apresenta-se como estratégia de transformação das práticas de formação e de atenção proposta pelo MS para o fortalecimento do SUS, possibilitando o desenvolvimento pessoal de trabalhadores da saúde e o desenvolvimento das instituições. Em trabalho articulado entre o SUS, instituições de ensino e comunidades, a educação permanente será capaz de reorganizar os serviços e os processos formativos, transformando as práticas educativas e práticas de saúde (BRASIL, 2005b).

Trabalhar a relação ensino-serviço sob a lógica da educação permanente constitui-se uma estratégia de mudança das relações pré-estabelecidas a partir das concepções de todos e de cada um sobre a saúde. Tais mudanças possibilitam transformar essa aprendizagem (conceitos pré-estabelecidos) em momentos significativos capazes de provocar transformações no trabalho, tornando-o lugar de atuações críticas, reflexivas, propositivas, compromissadas e tecnicamente competentes. Esse é o verdadeiro objetivo da educação permanente em que as relações estabelecidas na micropolítica, espaço da organização do

trabalho e das práticas de saúde, possam se tornar “trabalho vivo” (BRASIL, 2005a).

Os serviços de saúde e as instituições formadoras necessitam transformação para consolidarem o SUS. Cabe às Universidades, dessa forma, trabalhar na produção do conhecimento e formação de recursos humanos de que a sociedade e os serviços necessitam. Para tanto, necessitará da implantação de novos currículos com PPPs que objetivem a formação de um novo perfil profissional, formando profissionais críticos, reflexivos, que atuem de acordo com as necessidades da sociedade e o sistema de saúde em vigência, que vejam a saúde com responsabilidade social, compromisso e cidadania, constituindo este um grande desafio da integração ensino-serviço.

A maneira mais eficiente e duradoura de conquistar as competências necessárias é exercitar ações que exijam conhecimento, habilidade e atitude. Aprender fazendo é mais eficiente que receber informações passivamente, daí a importância da prática assistencial nos serviços de saúde, que oferece oportunidade para aprendizagem ativa que permite experiências significativas e motivadoras (CHAVES; ROSA, 1990).

De acordo com o Ministério da Saúde (Brasil, 2003, p. 2), “o SUS tem assumido um papel ativo na reorientação das estratégias e modos de cuidar, tratar e acompanhar a saúde individual e coletiva e tem sido capaz de provocar importantes repercussões nas estratégias e modos de ensinar e aprender”.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2003) propõe trabalho articulado entre o sistema de saúde (em suas diversas esferas de gestão) e as instituições formadoras, colocando em evidência a formação e o desenvolvimento para o SUS como construção da educação em serviço/educação permanente em saúde: agregação entre desenvolvimento individual e institucional, entre serviços e gestão setorial e entre atenção e controle social.

Destaca, ainda, que a Educação Permanente em Saúde (EPS), como política na área da saúde pode, também, em alguns momentos e dependendo da finalidade, corresponder à **Educação em Serviço** (quando o processo educativo aponta a pertinência dos conteúdos, instrumentos e recursos para a formação técnica submetidos a um projeto de mudanças institucionais ou da orientação política das ações prestadas), à **Educação Continuada** (quando se refere à educação para construção objetiva de quadros institucionais e à investidura de carreiras por serviço) e à **Educação Formal de Profissionais** (quando educação sensível às multiplicidades da realidade de vivências

profissionais e aliada a projetos integrados entre o setor/mundo do trabalho e do ensino) (CECCIM *et. al.*, 2004).

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2003, p. 3),

[...] a lógica da educação permanente é descentralizadora, ascendente e transdisciplinar. Essa abordagem pode propiciar a democratização institucional; o desenvolvimento da capacidade de aprendizagem; da capacidade de docência e de enfrentamento criativo de situações de saúde; de trabalhar em equipes matriciais e de melhorar permanentemente a qualidade do cuidado à saúde, bem como a constituição de práticas técnicas, críticas, éticas e humanísticas.

Dessa forma, a EPS, incorporada ao cotidiano da gestão e desenvolvimento dos serviços de saúde, aponta o SUS como interlocutor das escolas na formulação e implementação de projetos político-pedagógicos de formação profissional, e não mero campo de estágio ou aprendizagem prática (BRASIL, 2003).

A EPS formalmente instituída a partir de cursos de aprimoramento ou informalmente realizada no cotidiano das práticas tem seus princípios e premissas apresentados pela Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS).

Instituída pela Portaria GM/MS nº 198, de 13 de fevereiro de 2004 e alterada pela Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007, a PNEPS apresenta-se como uma proposta de ação estratégica que objetiva contribuir para a transformação e qualificação das práticas de saúde, para a organização das ações e dos serviços de saúde, para os processos formativos e práticas pedagógicas na formação e desenvolvimento profissional em saúde, baseada na aprendizagem significativa (BRASIL, 2009).

Essa política propõe a criação de Comissões de Integração Ensino-Serviço (CIES) como instâncias intersetoriais e interinstitucionais permanentes para formulação, condução e desenvolvimento da PNEPS em âmbito regional.

A CIES da Macrorregião de Chapecó foi constituída em junho de 2008. Articula gestores municipais e estaduais de saúde e educação e/ou seus representantes, trabalhadores do SUS e/ou de suas entidades representativas, instituições de ensino com cursos na área da saúde e movimentos sociais ligados à gestão das políticas públicas de saúde e do controle social no SUS, “na capacitação, formação e educação

permanente de trabalhadores do/e para o Sistema Único de Saúde (SUS), buscando competência profissional e atendendo a demanda, de acordo como os princípios preconizados pelo SUS” (CIES, 2009, p. 1).

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A fundamentação teórica em uma pesquisa constitui-se como guia norteador em todo processo de intenção, desenvolvimento, análise e produção do novo conhecimento. Pressupostos, conceitos e idéias específicos da pesquisa, amparados no referencial teórico adotado, somam-se na construção de um corpo sentido e “acreditado” pelos pesquisadores e que irá sustentá-los ao longo de todo processo.

O referencial teórico, de acordo com Trentini e Paim (2004), consiste em abordagem que dê sustentação à formulação do problema de pesquisa e à interpretação, análise e discussão dos achados, devendo estar coerente com o tema em estudo, pois representa o apoio no qual cada fase deve estar articulada. Nele devem ser estabelecidas interligações entre as proposições do referencial e o problema de pesquisa em questão.

No caso da Pesquisa Convergente Assistencial (PCA), referencial metodológico desta pesquisa, por sua especificidade de articulação entre a pesquisa e a assistência, a escolha do referencial teórico deve ser coerente e sustentar teoricamente tanto a prática quanto a pesquisa em desenvolvimento (TRENTINI; PAIM, 2004).

Ao definir a educação permanente profissional como foco deste estudo, optamos por um referencial teórico coerente ao tema estudado, destacando como referência à presente pesquisa, os princípios teóricos da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde do Ministério da Saúde (PNEPS), articulados aos princípios pedagógicos de Paulo Freire.

Esse referencial possibilitou a sustentação nos pressupostos e conceitos adotados, direcionando o desenvolvimento e análise desta pesquisa.

3.1 OS PRINCÍPIOS DA POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE (PNEPS)

As referências à Educação Permanente em Saúde (EPS) surgem da criação de uma política específica, que objetiva a qualificação da atenção à saúde prestada no SUS, a partir de iniciativas e incremento na educação profissional em saúde, tanto na formação quanto no desenvolvimento destes.

Ceccim (2005a, p.161) se refere à EPS, uma vez que, “como vertente pedagógica, esta formulação ganhou o estatuto de política pública apenas na área da saúde”. Este estatuto, de acordo com o autor, ocorreu a partir da difusão, pela OPAS, da proposta de educação permanente dos profissionais de saúde para alcançar o desenvolvimento e qualificação dos sistemas de saúde propostos, no caso do Brasil, o SUS.

Ainda de acordo com o autor, a EPS configura, para alguns educadores, como o desdobramento de vários movimentos de mudança na formação dos profissionais a partir da análise das construções pedagógicas, na educação em serviços de saúde, na educação continuada para a área e na educação formal de profissionais de saúde (CECCIM, 2005a).

Nessa lógica, a EPS, como estratégia de transformação das práticas de formação e de atenção proposta pelo MS, busca a recomposição das práticas de formação e atenção no SUS, possibilitando o desenvolvimento pessoal de trabalhadores da saúde e o desenvolvimento das instituições.

A definição de uma política voltada à educação deve considerar o conceito de EPS, articulando as necessidades e capacidade resolutive dos serviços, as possibilidades de desenvolvimento dos profissionais e a gestão social sobre as políticas públicas de saúde (BRASIL, 2009).

De acordo com PNEPS, “A Educação Permanente é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho” (BRASIL, 2009, p. 20), destacada como um conceito pedagógico do setor saúde, a fim de efetuar relações entre ensino e serviços e entre docência, atenção, gestão e controle social.

Aproximar o processo educativo às práticas cotidianas é reconhecer o potencial educativo das situações do trabalho, quando situações diárias se transformam em momentos de reflexão dos problemas e aprendizagem significativa, com envolvimento de todos os atores/atores envolvidos no processo (DAVINI *In* BRASIL, 2009).

Em acordo com o que nos apresenta Davini *in* Brasil (2009) em texto reafirmado e publicado pelo MS anexo à apresentação da PNEPS, ao trabalharmos e propormos o processo educativo na lógica da educação permanente incorporamos o ensino e o aprendizado à vida cotidiana das organizações e às práticas sociais e laborais, na realidade em que ocorrem, modificamos substancialmente as estratégias educativas, a partir da prática como fonte de conhecimento e de problemas, problematizando o próprio fazer, colocamos as pessoas

como atores reflexivos da prática e construtores do conhecimento e de alternativas de ação, abordamos a equipe e o grupo como estrutura de interação, evitando a fragmentação disciplinar e ampliamos os espaços educativos para dentro das organizações, comunidades, clubes e associações, em ações comunitárias.

A educação permanente em saúde possibilita articular a educação de adultos e a educação profissional. Entendemos que

[...] a proposta metodológica de educação permanente associada às iniciativas de formação profissional, que buscam articular teoria e prática, são perfeitas para orientar a seleção de conteúdos curriculares para problemas sociais e epidemiologicamente relevantes, ampliando a formação para além da informação técnico-científica, ressaltando a dimensão ética e política como eixo essencial para o exercício profissional (MEIRA, 2007, p. 56).

É nessa lógica que acreditamos no desenvolvimento de um efetivo processo de educação permanente em saúde, sendo este o considerado nesta pesquisa.

3.2 PRESSUPOSTOS

Pressupostos, de acordo com Leopardi (1995, p. 51), são considerados como a “*exposição enunciada de crenças e valores do autor*”.

De acordo com Minayo (2008, p. 180), os pressupostos de uma pesquisa se referem à “*elaboração de parâmetros básicos que permitem encaminhar a pesquisa empírica qualitativa*”.

Para Trentini; Paim (2004), os pressupostos de uma pesquisa são suposições prévias que antecedem a idéia, explicitando crenças e princípios aceitos como verdadeiros, não necessariamente testáveis ou comprovados cientificamente.

Os pressupostos considerados nesta dissertação são baseados em crenças e valores adquiridos ao longo da trajetória pessoal e profissional e fundamentados nos referenciais teórico e metodológico adotados para o desenvolvimento desta pesquisa, quais sejam:

- o contexto e desenvolvimento das práticas assistenciais sugerem inovação, alternativas para minimizar ou solucionar os problemas cotidianos e renovação de práticas em superação;
- o estabelecimento de relações entre instituições de ensino e serviços de saúde oferece oportunidade para o crescimento e a revitalização do ensino e pesquisa e da prática assistencial, a partir da realidade do sistema e inovações propostas;
- as Instituições de ensino e os serviços de saúde são co-responsáveis no estabelecimento de relações e na tomada de decisões referentes ao desenvolvimento profissional;
- a integração ensino-serviço apresenta-se como dispositivo instituinte à educação permanente em saúde, na medida em que abre oportunidade, a partir do estabelecimento de relações entre academia (docentes e estudantes) e profissionais dos serviços, momentos de reflexão e mudanças das práticas, para a qualificação da atenção à saúde prestada;
- a educação permanente em saúde é recurso determinante no aprimoramento dos conhecimentos técnico, científico e social, qualificando a atenção à saúde no SUS; e
- o desenvolvimento de uma pesquisa do tipo convergente-assistencial implica o compromisso de beneficiar o contexto assistencial durante o processo investigativo, ao tempo em que se beneficia com o acesso às informações procedentes desse contexto.

3.3 MARCO CONCEITUAL

Como complementação do suporte teórico norteador desta pesquisa, apresentamos o marco conceitual, em coerência com o desenvolvimento da proposta e o alcance dos objetivos propostos.

Esses conceitos procuram estabelecer as inter-relações existentes, de acordo com o contexto apresentado e o estudo proposto, destacando aqueles que foram considerados relevantes e fundamentais à compreensão, discussões e análise do tema, e concepções e “acreditações” (valores e crenças compreendidos) das pesquisadoras, em coerência também com os pressupostos apresentados pela Pesquisa Convergente Assistencial.

3.3.1 Conceitos inter-relacionados

Para Minayo (2008, p. 176), conceitos “são unidades de significação que definem a forma e o conteúdo de uma teoria. Podem ser considerados como operações mentais que refletem pontos de vista verdadeiros e construídos em relação dinâmica com a realidade”.

De acordo com Trentini; Paim (2004), conceitos são representações mentais ou abstrações de determinadas realidades, e não a realidade em si. São abstratos, porque representam uma imagem da realidade percebida ou vivenciada.

Nessa lógica, os conceitos nesta pesquisa abordados, constituem-se como conceitos com alto nível de abstrações, tendo sido suas definições e inter-relações estabelecidas para a formação do eixo de sustentação deste estudo: ser humano, enfermeiro, enfermagem, educação permanente em saúde, integração ensino-serviço e parceria.

Freire (2008a) reconhece **SER HUMANO** como os homens, seres históricos, seres humanos que “*estão sendo*”, inacabados, inconclusos, presentes e envoltos em uma realidade histórica, igualmente inacabada. Seres conscientes de sua inconclusão e, portanto, responsáveis pela sua eticidade e presença no mundo. Seres em relação no mundo, com o mundo e pelo mundo, integrados à realidade, em um permanente processo de busca, construção, reflexão, criação, recriação e transformação própria e do mundo.

Neste estudo, os seres humanos participantes são os enfermeiros que atuam em unidades básicas de saúde da SSA, que desenvolvem suas atividades específicas na área da enfermagem em saúde pública.

O ENFERMEIRO, por sua vez, é

Um profissional de saúde, participante de uma equipe multiprofissional, que busca a transdisciplinaridade, preparado para atuar em todos os níveis do cuidado e para prestar um cuidado integral ao ser humano, devendo contribuir para o aperfeiçoamento da profissão através do ensino, da pesquisa, da prática coerente e eficaz, da participação nas entidades de Enfermagem e do exercício da cidadania (UNOCHAPECÓ, 2006, p.21).

Compreendemos, neste estudo, esses seres humanos/enfermeiros como seres críticos e reflexivos, capazes de

ensinar e aprender, cientes de seu papel como profissional da saúde e partes de um mundo de relações, capazes de interagir e intervir no meio em que vivem e atuam. Seres em busca constante do aprimoramento e construção do conhecimento, para o crescimento pessoal e profissional de cada um. Seres humanos/enfermeiros que desenvolvem seus conhecimentos e habilidades, assim como se desenvolvem de maneira contínua e permanente na prática profissional da **ENFERMAGEM**.

Chiarello (1963), ao produzir o artigo 'Relação ensino-serviço de enfermagem', traz o conceito de enfermagem formulado em 1960, no Seminário de diretoras de Escolas de Enfermagem realizado em Caracas (Peru), como um "processo inter-pessoal que considera o indivíduo em sua totalidade, como membro da família e de uma comunidade e implica em atividades dirigidas à promoção, proteção e recuperação da saúde" (CHIARELLO, 1963, p. 262).

A partir das leituras da época, apresentadas anteriormente (vide revisão de literatura), destacamos os aspectos atuais do referido conceito no estabelecimento e desenvolvimento da enfermagem como profissão que visa à atenção ao indivíduo na perspectiva de sua *integralidade*.

De acordo com o Projeto Político Pedagógico do Curso de Graduação em Enfermagem da Unochapecó,

A Enfermagem é uma profissão social, histórico e culturalmente estruturada e institucionalizada, que tem por objetivo central o cuidado ao ser humano e que exige, portanto, um corpo de conhecimentos próprios, cientificamente sistematizados, a serem aplicados na promoção, proteção e recuperação da saúde (UNOCHAPECÓ, 2006, p. 21).

No contexto do estudo ora apresentado, a enfermagem se apresenta como potencial recurso para o desenvolvimento da educação permanente profissional em saúde, uma vez que traz em seu rol de atribuições as competências da gerência do cuidado e da educação na saúde.

Para Freire (2008b, p. 58) "é na inconclusão do ser, que se sabe como tal, que se funda a educação como processo permanente". Ainda de acordo com o autor, na medida em que se reconhecem inacabados, os seres humanos se tornam educáveis, em permanente processo social de busca e educação.

Na proposição de educação problematizadora, diferente das metodologias convencionais, Freire (2008a) estabelece que a educação

somente ocorre com e a partir da problematização da realidade do ser humano, permitindo e estimulando a reflexão e ciência do contexto, possibilitando uma aprendizagem libertadora que requer tomada de posição frente aos problemas enfrentados ao longo de toda a vida. Estabelece, portanto, a educação como um processo permanente de aprendizagem, integradora e abrangente.

Os ideais de Freire se apresentam, dessa forma, como possibilidades para a implementação da proposta de Educação Permanente em Saúde (EPS), haja vista que está embasada na aprendizagem permanente e significativa.

Anterior à definição de **EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE** e coerente à proposta desta, a Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciências e Cultura (UNESCO) apresentou, em 1972, um conceito de Educação Permanente (EP), consagrado internacionalmente, definindo-a como “a formação total do homem, segundo um processo que prossegue durante toda a vida”, referindo-se a todas as formas e tipos de educação recebidos por aqueles que deixaram a educação formal em qualquer momento e que ingressaram no mercado de trabalho, assumindo responsabilidades, em um processo contínuo que considera a evolução permanente das capacidades, motivações e aspirações (GIRADE *et. al.*, 2006).

Ao nos referirmos à educação voltada à formação e desenvolvimento profissional, destacamos que a formação, em qualquer curso, nunca é terminal, devendo os sujeitos estarem preparados para aprendizagem ao longo da vida. Entendemos isso como um dos princípios da Educação Permanente em Saúde.

Neste estudo, o conceito de **educação permanente em saúde** é adotado como processo contínuo de aprendizagem que ocorre no espaço de trabalho e educação em saúde, partindo da realidade ou situação vivenciada, buscando sua superação, mudança e transformação, para a realidade esperada, considerando os conhecimentos anteriores. A partir de “desconfortos” e “inquietações”, perguntas e respostas são construídas, em um movimento de ação-reflexão-ação de trabalhadores e estudantes sobre suas práticas e conteúdos.

INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO - o termo integração, de acordo com Abagnanno (2000), tem significados diversos em diferentes ramos do saber, com destaque para a matemática, em que a integração caracteriza-se pela soma de partes e, na biologia, o grau de interdependência de várias partes de um organismo.

Conforme Michaelis (1998), integração é o ato ou processo de integrar; incorporação, complemento. Condição de constituir um todo pela adição ou combinação de partes de elementos, com destaque para a classificação sociológica de integração como processo social que tende a harmonizar ou unificar unidades antagônicas, ou ainda, ajustamento recíproco dos membros de um grupo e sua identificação com os interesses e valores do grupo.

As referências ao termo “integração docente-assistencial” surgiram concomitantemente ao movimento da reforma sanitária brasileira, do qual emergiram iniciativas de integração entre as instituições de ensino e os serviços de saúde, para adequação da formação profissional em saúde, frente as mudanças propostas.

Barbieri (2006) destaca acordo estabelecido pela OPAS/MS/MEC/MPA - Programa Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para a Saúde no Brasil, em 1979, que define a integração docente-assistencial como

União de esforços em um processo de crescente articulação entre instituições de educação e serviços de saúde, adequadas às reais necessidades da população, à produção de conhecimento e à formação de recursos humanos necessários em um determinado contexto da prática de serviços de saúde e de ensino (BARBIERI, 2006, *apud* ACORDO OPAS/MS/MPAS/MEC, 1979, p. 3).

Para a construção deste estudo, nas buscas e leituras realizadas, percebemos que, muitas vezes, os termos integração docente-assistencial e integração ensino-serviço são utilizados como sinônimos, tendo coerência de intencionalidades, destacando o estabelecimento de relações de integração entre sujeitos (enfermeiros docentes e enfermeiros assistentes) e entre instituições de ensino e serviços de saúde, na proposição da transformação da formação e das práticas em desenvolvimento em saúde.

Padilha (1991, p. 34), ao abordar a IDA como relação entre sujeitos, destaca que “integrar é reunir esforços por um objetivo comum. É uma série de ações que dependem de atitudes individuais, exigindo que cada um aceite a interdependência do outro, imposta pelo próprio processo”.

Miranda (1997, p. 74), ao se referir à IES destaca integração como

[...] relacionamento de ‘partícipes’ de um empreendimento globalizado [...]. [...] globalidade de acordos e conveniências, de intenções e de participação dos interessados em um empreendimento globalizado. [...] uma globalidade que vai abranger as ações de uns nos outros, e que, em algum ponto da cadeia de relações, as ações teriam que intercambiar interesses, metas, propostas, objetivos, até mesmo resultados ou produtos pretendidos.

Na presente pesquisa, entendemos integração como a soma, a combinação e o ajustamento recíproco entre instituição de ensino e serviços de saúde, de forma a organizar e desenvolver atividades e projetos articulados de ensino, pesquisa e extensão, coerentes à realidade local.

Acreditamos, dessa forma, que o estabelecimento de um processo efetivo de integração entre o ensino e o serviço perpassa pelo estabelecimento de relações de parceria, em que os envolvidos devem ser ativos e co-responsáveis na construção e desenvolvimento de propostas conjuntas para a formação e o desenvolvimento profissional em saúde.

Para tanto, **PARCERIA** precisa ser entendida como

[...] o processo pelo qual atores sociais distintos colaboram entre si, nas mais variadas formas, a fim de que os objetivos gerais possam ser atingidos com ganhos para todos. Independente das diferentes condições políticas, culturais, sociais ou econômicas primárias dos grupos parceiros, está garantido a todos o direito de participar ativamente do processo de tomada de decisões (FWKK, 1997 *apud* SILVA, 1999, p. 52).

Noletto (2003) considera que, ao falarmos em parceria, geralmente imaginamos a idéia de união, associação, proximidade. Para o senso comum, desenvolver uma parceria é fazer uma aliança, estabelecer um pacto.

Nesse sentido, pressupõe uma mudança nas relações, provocando uma horizontalidade; isso implica uma transformação desses sujeitos e a construção de alianças, na busca da concretização de objetivos comuns (ALBUQUERQUE, 2007).

Pensar parcerias implica necessariamente pensar a agregação de pessoas em torno de alguma idéia com que todos se identificam e a partir dela, desejam realizar algo que as satisfaçam. A parceria entre ensino e serviço, nesse contexto, se efetiva a partir do interesse e envolvimento de todos os atores/autores (gestores, docentes, discentes, profissionais dos serviços e comunidade) no processo educativo, em uma relação de igualdade, com objetivos comuns de formar profissionais para o SUS e a educação permanente dos trabalhadores, preparando-os para prestar assistência de forma integral e humanizada aos usuários do sistema.

Nesta pesquisa, entendemos parceria como o estabelecimento de relações de integração entre o serviço municipal de saúde e instituição de ensino Unochapecó, na construção de propostas articuladas em ensino, pesquisa e extensão, tendo como início a proposição e desenvolvimento de projetos conjuntos, em que os setores, independentes administrativamente, estabelecem objetivo comum, qual seja, a qualificação da atenção no sistema público de saúde de Chapecó e a formação dos profissionais para a consolidação do SUS.

4 METODOLOGIA

Neste capítulo, descrevemos o percurso metodológico desenvolvido na presente pesquisa, para o alcance dos objetivos propostos. Apresentamos a referência metodológica da Pesquisa Convergente Assistencial (PCA), suas características e especificidades, caracterizando a realização de oficinas como técnica de coleta de dados. Destacamos, ainda, como referencial norteador da análise dos dados, a Análise Temática proposta por Minayo.

Minayo (2004, p. 22), entende metodologia como “o caminho e o instrumental próprios de abordagem da realidade. [...] inclui as concepções teóricas da abordagem, o conjunto de técnicas que possibilitam a apreensão da realidade e também o potencial criativo do pesquisador”.

Segundo a autora,

O método qualitativo é o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam. [...] se conformam melhor a investigação de grupos e segmentos delimitados e focalizados [...], de histórias sociais sob a ótica dos atores, de relações [...] (MINAYO, 2008, p. 57).

Leopardi (2001) destaca que uma abordagem qualitativa de pesquisa apóia-se na premissa de que o método não é exterior ao conteúdo, pois se constitui num caminho que leva ao conhecimento, que pode ser gerado com base nas informações prestadas pelos sujeitos envolvidos no estudo, não sendo, então, controláveis ou generalizáveis.

De acordo com Polit (2004), uma pesquisa qualitativa objetiva a compreensão e não a quantificação do objeto ou fenômeno em estudo, propondo o aprofundamento na compreensão deste, considerando seus aspectos dinâmicos, holísticos e individuais, contextualizando-os onde e como se apresentam.

Considerada a proposta de estudo das representações, opiniões e percepções dos participantes, envolvendo-os em discussões sobre as relações entre educação permanente e integração ensino-serviço e coerente com os princípios e concepções da educação libertadora de

Paulo Freire, que compõe a fundamentação teórica adotada, optamos pelo desenvolvimento de uma pesquisa qualitativa e de um referencial metodológico que permitisse uma intervenção educativa com reflexão e mudança das práticas concomitante ao desenvolvimento da pesquisa, bem como uma maior aproximação e respostas entre pesquisa e cenário, pesquisadora e pesquisados.

Para tanto, selecionamos a PCA proposta por Trentini e Paim (2004), da qual destacamos as características e os pontos de intersecção entre os momentos de pesquisa e educação em saúde no desenvolvimento de estudo dessa natureza, dada suas particularidades.

4.1 PESQUISA CONVERGENTE ASSISTENCIAL (PCA)

Inspirada na pesquisa-ação de Kurt Lewin, que tem como finalidades conhecer e provocar mudanças no sistema pesquisado (sem, no entanto, intervir ao tempo em que pesquisa), a Pesquisa Convergente Assistencial, proposta por Trentini e Paim (2004) caracteriza-se pela articulação intencional com a prática, surgindo a partir desta, ou seja, o processo de pesquisa flui com o processo da prática, seja no campo da assistência, educação ou gerência.

De acordo com as autoras, a PCA

[...] é aquela que mantém, durante todo seu processo, uma estreita relação com a prática assistencial, com a intencionalidade de encontrar alternativas para solucionar ou minimizar problemas, realizar mudança e introduzir inovações na prática [...] está comprometida com a melhoria direta do contexto social pesquisado (TRENTINI; PAIM, 2004, p. 28).

As mesmas autoras destacam ainda que a PCA sempre requer a participação ativa dos sujeitos da pesquisa, sendo, portanto, compreendida e realizada em articulação com as ações que envolvem pesquisadores e demais pessoas representativas da situação a ser pesquisada, numa relação de cooperação mútua.

A aproximação entre as práticas de pesquisa e as práticas do cuidado vem sendo discutida por autores e profissionais da enfermagem, que propõem o desenvolvimento da pesquisa como parte do cotidiano da

assistência e processo de trabalho da enfermagem, sendo necessária, para tanto, a adoção de metodologia de pesquisa específica (TRENTINI; PAIM, 2004).

A PCA apresenta-se, nessa lógica, como opção metodológica de pesquisa em assistência, uma vez que permite a integração de ações de cuidado, ensino e pesquisa no contexto da prática vivenciada.

Tendo como principal característica a articulação intencional com a prática assistencial, a opção pelo desenvolvimento de uma PCA exige do pesquisador conhecimento e inserção no campo da assistência, além do comprometimento deste com a construção de um novo conhecimento para a renovação das práticas no campo estudado. “Nesse tipo de pesquisa o profissional enfatiza o “pensar” e o “fazer” [...] ele pensa fazendo e faz pensando” (TRENTINI; PAIM, 2004, p. 29).

Considerada a intencionalidade da PCA em oferecer oportunidade para reflexões, mudanças e inovações nas práticas, o gênero de pesquisa foi o escolhido como proposta metodológica para o estudo realizado.

Como integrante de uma equipe de saúde em um serviço municipal de saúde, diretamente envolvida no cenário da prática assistencial, refletimos sobre as práticas em desenvolvimento, despertando para a necessidade de abordagem e discussões do tema educação permanente para o desenvolvimento profissional, a partir do estabelecimento de diálogo e de problematização da realidade dos serviços.

De acordo com Trentini; Paim (2004, p. 39) “na pesquisa convergente-assistencial o tema deve emergir da prática cotidiana do pesquisador e, portanto, estará associado à situação do problema de prática”, podendo ser fontes de problemas de pesquisa, os campos da assistência, gerência e educação.

Nesta pesquisa, coerente ao que propõe a PCA, o tema e o problema em estudo emerge de situações práticas cotidianas (campo da educação), em que a pesquisadora se insere e interage com o cenário e sujeitos pesquisados.

Conforme as autoras, a PCA apresenta, em sua implementação, cinco fases ou procedimentos: fases de concepção, instrumentação, perscrutação, análise e interpretação.

A fase de concepção constitui o primeiro grande desafio na elaboração de um projeto, uma vez que é nessa fase que se “desenha” o projeto de pesquisa. Compreende a escolha da área e tema, seu desmembramento em problemas específicos, o propósito da pesquisa, a revisão de literatura sobre o tema escolhido e a busca de apoio teórico.

Neste estudo, a fase de concepção encontra-se descrita nos capítulos 1, 2 e 3, onde apresentamos a problematização (introdução e justificativa), os objetivos, a revisão de literatura e a fundamentação teórica da pesquisa.

A fase de instrumentação proposta por Trentini; Paim (2004) consiste em traçar os procedimentos metodológicos da pesquisa: a escolha do espaço físico e dos participantes, os quais apresentamos a seguir.

4.2 O CONTEXTO DO ESTUDO

Conforme destacam Trentini; Paim (2004, p. 74), a escolha do espaço/cenário para desenvolvimento da pesquisa deve ser “aquele onde foi identificado o problema a ser solucionado ou as mudanças a serem feitas.”

Este estudo teve como contexto ampliado as Unidades Básicas de Saúde e o Curso de Enfermagem da Unochapecó, embora o cenário principal sejam as unidades básicas de saúde da Secretaria da Saúde de Chapecó, com o objetivo de promover oficinas com os enfermeiros, envolvendo-os em discussões e construções coletivas do conhecimento e reconhecimento de seus papéis para o fortalecimento da integração ensino-serviço e da educação permanente profissional.

Para melhor entendimento dessa proposta, passaremos a apresentar os contextos dessas duas instituições, com suas especificidades e formas de relacionamento institucional.

4.2.1 Secretaria da Saúde de Chapecó

O Sistema de Saúde Municipal caracteriza-se como o principal contato entre o usuário e o poder público, responsável pela execução das ações e serviços de atenção à saúde. Embora contando com a ação complementar do Estado e da União, o município é o principal protagonista na organização do acesso às ações e serviços de saúde.

A atenção básica e as ações de vigilância em saúde representam a porta de entrada do SUS e o ponto de partida para sua estruturação no âmbito local, com grandes reflexos nos espaços regional, estadual e nacional.

Com missão de oferecer uma atenção básica humanizada e resolutiva aos usuários do SUS, dispondo de uma rede básica com profissionais qualificados e infra-estrutura adequada, a Secretaria da Saúde de Chapecó (SSA) estrutura sua rede de atenção, como já citado, a partir de serviços públicos ambulatoriais e privados contratados como forma de complementaridade, em consonância com a Lei Orgânica da Saúde, conforme dispomos abaixo.

Serviços próprios:

- 27 Centros de Saúde (CS) - 19 na área urbana e 8 na área rural, que atuam de acordo com a Estratégia de Saúde de Família (ESF), totalizando 32 equipes implantadas;

- 02 Unidades de Pronto Atendimento;
- 03 Unidades de Saúde Mental;
- 05 Unidades Especializadas;
- 09 Serviços de Diagnóstico e Terapia; e
- Serviço de Atendimento Médico de Urgência – SAMU.

Serviços privados contratados:

- especialidades médicas;
- serviços de diagnóstico; e
- serviços de terapia.

A atenção hospitalar no município compreende dois hospitais: Hospital Regional do Oeste, com 297 leitos ativados, dos quais 260 são destinados aos pacientes do SUS do município e da região (aprox. 89 municípios) e Hospital Unimed, que disponibiliza 56 leitos para o atendimento privado dos seus conveniados e parceiros.

A Prefeitura Municipal e a SSA mantêm convênio com instituições de ensino que atuam na formação e desenvolvimento de profissionais da área da saúde, a fim de oferecer oportunidade para o desenvolvimento de atividades de ensino nos serviços, tanto em nível técnico como superior, sendo elas:

Cursos Técnico-Profissionalizantes

Senac: Técnico em Enfermagem

Aprovação: Técnico em Enfermagem

Net Center: Técnico em Enfermagem

Ensino Superior

Unochapecó: Enfermagem, Psicologia, Administração, Medicina, Educação Física, Fisioterapia, Farmácia, Nutrição, Serviço Social, Biologia.

Universidade do Oeste de Santa Catarina (UNOESC):
Administração, Psicologia, Educação Física.

Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC):
Enfermagem.

Celer Faculdades: Administração em Gestão em Saúde.

A SSA mantém da mesma forma, outros acordos institucionais, como o Pró-Saúde e o PET-Saúde, estes, firmados com a instituição de ensino superior Unochapecó.

Todos os CS, os territórios onde se inserem e os demais serviços de referência da rede municipal de saúde atuam como cenários de práticas e aprendizagem para acadêmicos dos cursos relativos à área de saúde, mencionados acima.

Nesses espaços, são desenvolvidas atividades teórico-práticas, estágio curricular supervisionado, estágio voluntário, vivências, entre outras atividades de ensino, pesquisa e extensão.

Considerando que a demanda por vagas para atividades curriculares e outras atividades acadêmicas vem ocorrendo de forma expressiva junto à rede básica municipal e, no intuito de disciplinar o acesso dos estudantes aos serviços, preservar a qualidade de atendimento na rede e a capacidade de absorver os estudantes, a SSA elaborou uma normatização específica quanto ao fluxo de acadêmicos no serviço público municipal de saúde.

A responsabilidade pela ordenação da formação e desenvolvimento profissional posta ao SUS, em nível de SSA, é imputada ao departamento de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – GTES. As chamativas e proposições à educação permanente formal, da mesma forma, passam pelo ordenamento do setor e, no município de Chapecó, encontram-se em movimento de implantação, a partir do proposto no Plano Municipal de Saúde aprovado em 2009, em acordo com o Pacto pela Saúde.

Dentro do organograma administrativo da SSA, os CS apresentam-se como Unidades Básicas de Saúde (UBS) que compõem a Rede Básica de Saúde. Constituem a porta de entrada dos usuários no sistema. Organizados, como citado, sob a lógica da ESF, cada CS possui definição de território, sendo responsável pela atenção básica da população sob seus cuidados, desenvolvendo ações de promoção, proteção, prevenção de doenças, além de assistência curativa, através do desenvolvimento de programas estabelecidos pela SSA, voltados à saúde da criança, adulto, mulher e idoso, sendo eles:

- Saúde da Criança: Programa de Acompanhamento do Recém Nascido de Risco; Programa de Incentivo ao Aleitamento Materno; Programa de Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento; Programa de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN; Programa

de Prevenção e Combate às Carências Nutricionais - PCCN; Programa de Imunizações; Programa Prevenção da Deficiência Visual de Escolares e de Prevenção de Doenças Buciais de Escolares.

- Saúde do Adulto: Programa de Prevenção e Controle da Hipertensão Arterial; Programa de Prevenção e Controle do Diabete *Mellitus*; Programa de Saúde Bucal.

- Saúde da Mulher: Programa de Assistência Pré-Natal; Programa de Prevenção ao Câncer Ginecológico e de Mamas e Programa de Planejamento Familiar.

- Saúde do Idoso: além dos programas citados à Saúde do Adulto e que se estendem à população idosa, destaque para Programa de Atenção ao Idoso de Risco – PAMIR.

Para esta pesquisa, como citado anteriormente, foram selecionados como cenários os CS que constituíram espaço de desenvolvimento de atividades acadêmicas do Curso de Graduação em Enfermagem da Unochapecó, nos anos 2007 e 2008.

De acordo com o critério acima estabelecido, foram selecionados 12 CS, localizados 10 na área urbana e 02 na área rural, distribuídos em toda extensão territorial do município.

Dos 12 CS, 11 trabalham sob a lógica da ESF, sendo denominados, conforme Portaria Municipal de Janeiro de 2005, Centros de Saúde da Família (CSF). Um (01) CS caracteriza-se por ser uma unidade “mista”, ou seja, possuir, em sua área de abrangência equipes de ESF (cerca de 50% de cobertura) e Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) responsável pela outra parcela da população. Esse CS também é denominado CSF.

Cabe destacar que 01 CSF se localiza em uma aldeia indígena, responsável pela atenção à saúde daquela comunidade.

4.2.2 Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Comunitária da Região de Chapecó - Unochapecó

A Universidade Comunitária da Região de Chapecó (Unochapecó) iniciou, no fim dos anos 90, a criação de cursos na área da saúde. Desde o planejamento desses cursos, a instituição de ensino esteve atenta aos movimentos formuladores e promotores de mudanças nas políticas e nas práticas de gestão, do cuidado e de formação nessa área. Nesse sentido, a Unochapecó tem investido de diferentes formas,

apoiando iniciativas na introdução de estratégias pedagógicas coerentes com princípios do SUS, das diretrizes curriculares e de outras políticas e estratégias do Ministério da Saúde, como a Estratégia Saúde da Família, o Pacto pela Saúde e a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (UNOCHAPECÓ, 2008).

Autorizado em 1999 e iniciado em 2000, o Curso de Graduação em Enfermagem se caracteriza por ter, dentre os cursos da área da saúde oferecidos, maior tempo de inserção acadêmica nos serviços municipais, possuindo, conseqüentemente, maior vínculo e responsabilização com o serviço e comunidades.

Em 2005, docentes e discentes iniciaram discussões para a construção de um novo Projeto Político Pedagógico (PPP), prevendo a reorganização do curso, atendendo à legislação – DCN, visão, compreensão ampliadas na educação e atenção à saúde. Trata-se de proposta inovadora que iniciou sua implementação no ano de 2007.

De acordo com o atual PPP, o curso objetiva

Formar enfermeiros generalistas, críticos e criativos, competentes tecnicamente e comprometidos politicamente, capazes de participar efetivamente na definição de políticas coerentes com os princípios de universalidade, integralidade e participação social; de contribuir no atendimento às demandas existentes na região e no país pela formulação de estratégias adequadas às necessidades e às potencialidades próprias do nível em que atua; de implementar ações qualificadas, eficientes, eficazes e efetivas, promovendo a humanização do cuidado democrático (UNOCHAPECÓ, 2006, p. 3).

O novo PPP está organizado em 16 núcleos integrativos que articulam conhecimentos gerais e específicos. Nesses núcleos, a promoção da saúde, o cuidado holístico e a gestão e gerência compreendem os três componentes básicos que formam o eixo curricular (UNOCHAPECÓ, 2006).

De acordo com a proposta,

A prática educacional e o cuidado em saúde precisam ser promotores de ações inovadoras, pois a articulação entre o mundo da escola e o mundo do trabalho permite evidenciar o potencial

pedagógico do trabalho, proporcionando uma aprendizagem contínua e de natureza participativa, articulando o fazer, o educar, o saber (UNOCHAPECÓ, 2006, p. 5).

Diversas estratégias e ações desencadeadas por projetos conjuntos, a partir de 2005, como o Pró-Saúde I e II e o PET-Saúde vêm consolidando a parceria com a Secretaria da Saúde, tendo possibilitado a ampliação da oferta de cursos e eventos envolvendo profissionais e usuários em processos de atualização e capacitação, voltados à qualificação do ensino, da pesquisa, do cuidado e do controle social.

Paralelamente a isso, faz-se necessário que programas de educação permanente profissional sejam, da mesma forma, implementados e fortalecidos, sendo esses desafios enfrentados e superados pela academia na efetivação da parceria desejada.

O novo PPP da Enfermagem foi iniciado, como citado, em 2007. Atualmente o curso trabalha, concomitantemente, com os projetos pedagógicos antigo e o novo, estando prevista para o ano de 2010 a conclusão da última turma sob o antigo PPP.

Trata-se, portanto, de um período de transição, o que requer articulação e boa condução na organização e encaminhamento dos acadêmicos nos cenários de práticas/aprendizagem.

Considerado a trajetória do curso de graduação em enfermagem da Unochapecó nos serviços municipais de saúde, como critério para desenvolvimento desta pesquisa foi selecionado como cenário de pesquisa os CS que constituíram espaços de práticas para o referido curso nos anos de 2007 e 2008.

Para tanto, foi necessário resgatarmos e organizarmos os dados referentes aos espaços – CS selecionados para o desenvolvimento das práticas acadêmicas nas modalidades de inserção: atividades teórico-práticas e estágios curriculares supervisionados Trabalhos de Conclusão de Curso (TCC) desenvolvidos na rede de atenção básica municipal, em um total de, como já citado, 12 Centros de Saúde, onde atuaram 30 enfermeiros.

Considerando o período selecionado – anos de 2007 e 2008, destacamos que apenas no 2º semestre de 2008 foram realizadas, nas UBS, atividades referentes ao 4ª ciclo - Cuidado de Enfermagem em Saúde Coletiva I sob o novo PPP. As demais inserções, nesse período, deram-se ainda sob a organização anterior em disciplinas.

Foram considerados para esta pesquisa os Centros de Saúde que receberam acadêmicos inseridos nas modalidades acima citadas,

realizadas nas disciplinas de Fundamentos de Enfermagem I (3º período), Enfermagem na Atenção Primária à Saúde I e II (4º e 5º período), Enfermagem no Cuidado à Criança e ao Adolescente (7º período), Gestão e Gerência em Saúde Coletiva (8º período) e Enfermagem Assistencial Aplicada I e II (8º e 9º período).

A realização de atividade teórica-prática se caracteriza pela inserção acadêmica, juntamente com docente supervisor, na prestação de assistência direta aos usuários nos serviços municipais de saúde. Prevê o conhecimento e reconhecimento do processo saúde-doença e das ações para promoção da saúde nos espaços das comunidades, estando previstas inserções acadêmicas nos serviços e espaços de saúde, em toda matriz curricular.

O estágio curricular supervisionado (ECS), por sua vez, caracteriza-se pelo momento em que o estudante planeja e desenvolve o Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), desenvolvido nas disciplinas Enfermagem Assistencial Aplicada I e II.

O estabelecimento de relações e articulação entre o ensino e o serviço para a realização dos ECS estão previstos nas diretrizes curriculares nacionais (DCN) para o Curso de Enfermagem, que preconizam a participação efetiva dos enfermeiros do serviço de saúde na elaboração e programação do estágio e no processo de supervisão do estudante. Nessa lógica, o ECS se apresenta como uma estratégia pedagógica cuja efetivação requer o envolvimento de todos os atores/autores que participam do contexto da prática, ou seja, do mundo do trabalho (COLLISELLI, *et. al.*, 2009).

Estudo recente realizado, Colliselli *et. al.*, (2009), ao abordar a diversificação dos cenários de desenvolvimento de ECS entre os anos de 2004 e 2008 pelos acadêmicos de enfermagem da Unochapecó, constatou e reafirmou um movimento crescente de des-hospitalização na formação em saúde, com grande parte das práticas assistenciais desenvolvidas em ambulatórios, nos domicílios e comunidades, conforme demonstrado abaixo.

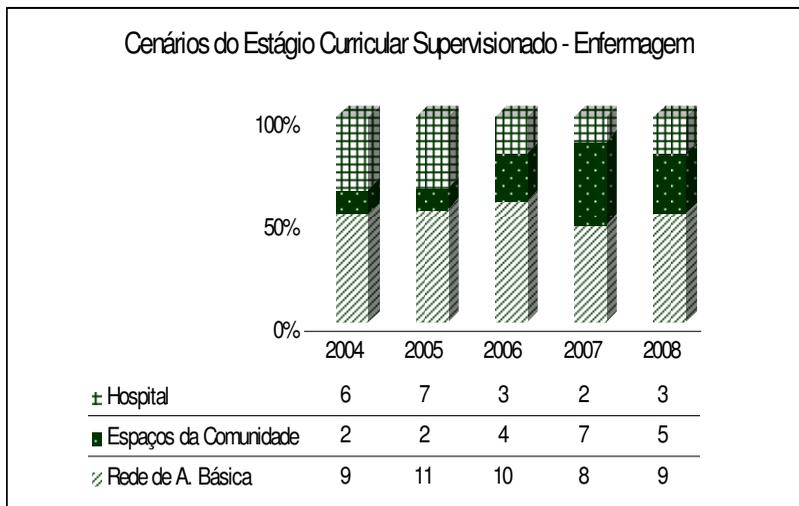


Figura 01: Espaços escolhidos como cenários da prática do Estágio Curricular Supervisionado do Curso de Enfermagem da Unochapecó, no período de 2004 a 2008. Chapecó, 2008.

Em especial, nos anos de 2007 e 2008, corte para seleção dos participantes deste estudo, identificamos a preferência na escolha da rede de atenção básica como espaço para a realização de atividades teórico-práticas, sendo alguns CS espaços comuns nos dois anos. Da mesma forma, observamos o predomínio da realização de ECS/TCC nos espaços da comunidade e nos CS que compõem a rede de atenção básica municipal nestes anos.

De acordo com as autoras do estudo, essa realidade vem ao encontro do novo PPP do curso, o qual prevê a ampliação da inserção dos estudantes nos espaços onde ocorrem os processos de trabalho em saúde, respeitando a concepção ampliada de saúde e o papel profissional na atenção primária à saúde na busca ao cumprimento dos princípios e diretrizes do SUS.

4.3 PARTICIPANTES

De acordo com Trentini; Paim (2004, p.74), “a pesquisa convergente-assistencial não estabelece critérios rígidos para a seleção

da amostra, isso porque não valoriza o princípio da generalização. [...] valoriza a representatividade referente à profundidade e diversidade de informações”.

Destacam as autoras que na PCA “a amostra deve ser constituída pelos sujeitos envolvidos no problema e, entre estes, os que têm mais condições para contribuir com informações que possibilitem abranger todas as dimensões do problema em estudo” (TRENTINI; PAIM, 2004, p.74).

Considerando o acima exposto e tratando-se de uma PCA em que o pesquisador desenvolve investigação e assistência/intervenção ao mesmo tempo, o que sugere trabalhar com amostra geralmente pequena (coerente com o espaço da assistência), foram selecionados como participantes para a pesquisa, como já citado, os enfermeiros que atuaram nos cenários de práticas - CS do Curso de Graduação em Enfermagem da Unochapecó nos anos de 2007 e 2008.

Nesses espaços atuaram 30 enfermeiros, sendo que destes, 12 enfermeiros desenvolviam atividades de gerência e assistência e 18 enfermeiros somente atividades de assistência. Destes, participaram da pesquisa inicialmente 13 enfermeiros (9 gerentes e 4 assistentes), mantendo-se com frequência regular 07 enfermeiros (6 gerentes e 1 assistente), conforme quadro de frequência que apresentaremos posteriormente.

4.4 ESTRATÉGIA DE COLETA DOS DADOS

As estratégias utilizadas para a obtenção dos dados da pesquisa caracterizam-se, na PCA, como a fase de perscrutação. De acordo com Trentini e Paim (2004), a dinâmica do processo será movida por essas estratégias. Estas, por sua vez, nascem da criatividade do pesquisador e devem ser compatíveis e adequadas ao método.

A PCA permite a utilização de diferentes estratégias e técnicas destinadas a obter informações. Como estratégia metodológica para a coleta de dados nesta pesquisa, trabalhamos com oficinas.

Para Anastasiou; Alves (2005, p. 96), oficina, também chamada de laboratório ou *workshop*, caracteriza-se como uma “estratégia do fazer pedagógico em que o espaço de construção e reconstrução do conhecimento são as principais ênfases.”

É a reunião de um pequeno número de pessoas com interesses comuns, a fim de estudar e trabalhar para o conhecimento ou aprofundamento de um tema, sob orientação de um especialista. Possibilita o aprender a fazer melhor algo, mediante a aplicação de conceitos e conhecimentos previamente adquiridos. (ANASTASIOU; ALVES, 2005, p. 96)

Grisotti; Patrício (2006, p. 63) ponderam que “uma oficina pode ser caracterizada como um espaço de vivências interpessoais criado para trabalhar - transformar – situações particulares e coletivas. É um processo participativo, no qual se estimulam a explicitação, a discussão e a reflexão de temas”.

Afonso (2006, p. 9) define *oficina* como

Um trabalho estruturado com grupos, independentemente do número de encontros, sendo focalizado em torno de uma questão central que o grupo se propõe a elaborar, em um contexto social. A elaboração que se busca na oficina não se restringe a uma reflexão racional, mas envolve os sujeitos de maneira integral, formas de pensar, sentir e agir.

De acordo com o autor, uma oficina deve ter um planejamento básico e flexível, sendo desenvolvida ao longo de um número combinado de encontros. Utiliza informações e reflexões e trabalha significados afetivos e vivências relacionadas ao tema em discussão.

Destacam Anastasiou; Alves (2005) que, no desenvolvimento de uma oficina, podem ser utilizados diversos e diferentes recursos como músicas, textos, observações diretas, vídeos, pesquisa de campo, experiências práticas, num movimento de construção individual e coletiva, sendo que, ao fim, o grupo materializa suas produções.

Como estratégia metodológica utilizada no desenvolvimento de uma pesquisa, conforme destaca Afonso (2006), uma oficina apresenta dimensões pedagógica e terapêutica, sendo que a pedagógica incentiva o processo de aprendizagem do grupo, a partir de sua experiência e de acordo com a demanda deste; a dimensão terapêutica daria sustentação ao processo de elaboração, a partir da análise das relações do grupo, dos insights e reflexões.

Tratando-se de uma estratégia de trabalho em grupo, é fundamental a organização e preparação cuidadosa de uma oficina, na qual o planejamento deve ser compartilhado e mutuamente comprometido com o participante que, como sujeito do processo, deverá ser ativo. Para o sucesso no desenvolvimento da estratégia e alcance dos objetivos propostos, o pesquisador deve dominar o processo, conhecendo e preparando suas etapas (ANASTASIOU; ALVES, 2005).

Da mesma forma, na lógica de trabalho com e em grupos e, em coerência à fundamentação teórica utilizada, destacamos as práticas educativas e os princípios de Paulo Freire para o desenvolvimento das mesmas, ressaltando o conhecimento prévio, a trajetória e motivação do educando ao longo da vida.

Ao optarmos pela realização de oficinas, propomo-nos a articular técnicas e estratégias com uma postura pedagógica crítico-reflexiva, apresentando, dessa forma, a realização das oficinas como instrumento adequado à problematização e reflexão do tema em estudo, visando a mudanças nas concepções e práticas no contexto pesquisado.

Foram realizadas 5 oficinas, com periodicidades variadas – conforme solicitado e acordado com os participantes –, por ter atingido os objetivos propostos.

Cada oficina foi organizada e realizada de modo a oferecer oportunidade para momentos de acolhimento, desenvolvimento de atividades e fechamento. No início de cada encontro, foi oferecido um “coquetel”, com a finalidade de estimular a socialização e a integração do grupo entre si e com a pesquisadora.

Como estratégia para fortalecer a participação, como citado, foi proposta a validação dos encontros certificados como Oficinas de Educação Permanente, com registros e validação da carga horária realizada.

O percurso metodológico da pesquisa será apresentado no capítulo a seguir.

4.5 ORGANIZAÇÃO E REGISTROS DOS DADOS COLETADOS

Visando à organização dos registros dos dados coletados, recorremos ao auxílio de um relator que procedeu registros sistemáticos dos pontos destacados nas discussões, bem como o suporte na logística dos encontros.

Para garantir o rigor e confiabilidade dos dados, foram utilizados recursos de gravação das oficinas, com posterior transcrição das falas.

Os registros dos materiais produzidos nas oficinas, bem como experiências, dúvidas, idéias, dificuldades e facilidades, observações e percepções da pesquisadora que surgiram ao longo do desenvolvimento da pesquisa foram registradas em diário de campo. Tal diário, de acordo com Trentini; Paim (2004), constitui importante fonte de informações, considerada sua utilidade na interpretação e discussão dos resultados.

O diário de campo foi informatizado, mediante transcrições, em letras pretas e notas de observações, destacadas em vermelho.

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

A fase de análise consiste na escolha e aplicação dos métodos e técnicas que serão utilizados para analisar informações coletadas. Essa fase ocorre concomitante a coleta dos dados.

Segundo Trentini; Paim (2004, p.91),

A pesquisa convergente-assistencial se presta a investigar fenômenos do contexto da prática assistencial de Enfermagem que, na sua maioria, são complexos e multifacetados [...]. Devido a esta complexidade, este tipo de pesquisa pode lidar com os mais variados exemplares de informações, que requerem a utilização de uma variedade de métodos e técnicas de análise.

Para a análise dos dados coletados na presente pesquisa foi utilizada a Análise Temática proposta por Maria Cecília de Souza Minayo.

Para a autora, Minayo (2008, p. 315), “a noção de tema comporta um feixe de relações e pode ser graficamente apresentada através de uma palavra, de uma frase, de um resumo”.

No entender de Minayo (2004, p. 209), “fazer uma análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado”.

A análise temática proposta por Minayo ocorre em três etapas:

1. *Pré-análise*

De acordo com Minayo (2004, p. 209), a fase de pré-análise “consiste na escolha dos documentos a serem analisados; na retomada das hipóteses e dos objetivos iniciais da pesquisa, reformulando-os frente ao material coletado; e na elaboração de indicadores que orientem a interpretação final”. Para a pré-análise, propõe a seguinte realização de tarefas:

Leitura flutuante do material - contato exaustivo com o material, deixando-se impregnar pelo seu conteúdo; **Constituição do corpus** - organização do material de forma que possa responder à exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência; e **Formulação e reformulação de hipóteses e objetivos** – com base na leitura exaustiva e indagações iniciais. (grifos nossos)

Na pré-análise são determinadas as unidades de registro (palavras-chave ou frases), a unidade de contexto (a delimitação do contexto de compreensão da unidade de registro), os recortes, a forma de categorização, a modalidade de codificação e os conceitos mais gerais que orientarão a análise (MINAYO, 2004).

2. *Exploração do Material*

A segunda etapa da análise temática, “consiste essencialmente na operação de codificação” (MINAYO, 2004, p. 210), para a qual a autora propõe um trabalho inicial com recortes do texto em unidades de registro, após, escolha de regras de contagem e, por último, classificação e agregação dos dados, escolhendo as categorias teóricas ou empíricas que comandarão a especificação dos temas.

A exploração do material consiste, então, em uma operação classificatória, a partir da categorização dos dados obtidos, para alcançar o núcleo de compreensão do texto. A categorização se dá através da identificação de, inicialmente, unidades de registros e, após, classificação e agregação dos dados em categorias que comandarão a especificação dos temas (MINAYO, 2004).

3. *Tratamento dos Resultados Obtidos e Interpretação*

Na terceira etapa ocorre a interpretação dos dados já categorizados, de acordo com seu referencial e embasamento teóricos.

O percurso e organização para análise dos dados nesta pesquisa serão apresentados no capítulo 6, que trata dos resultados e análise destes.

4.7 RIGOR METODOLÓGICO

Conforme Trentini; Paim (2004), o rigor metodológico está estreitamente associado à produção de conhecimento científico. Para as autoras (2004, p. 100) “o rigor de uma investigação se traduz pela fidelidade aos princípios da pesquisa em estudo.”

Considerando a estreita ligação com a prática-assistencial, a PCA valoriza a intersubjetividade desta, enfatizando a participação dos sujeitos e a participação do pesquisador como sujeito de pesquisa.

Destacam as autoras que um dos pilares de sustentação da PCA consiste na crença de que a realidade é múltipla e pode ser construída.

Na realização de uma PCA, devem ser observados e considerados os diferentes aspectos de credibilidade e rigor metodológico. Uma PCA tem credibilidade quando:

[...] - seu relatório apresenta total transparência e fidelidade às interpretações das experiências humanas; - o pesquisador descreve e interpreta suas experiências como pesquisador, em relação às experiências dos sujeitos; - há representatividade dos dados e a saturação não se limita às informações, mas recorre também à análise e interpretações; - os resultados são muito bem baseados nas experiências da prática-assistencial estudada e reflete seus elementos típicos e atípicos; - há relato detalhado do processo de coleta das informações e análise dos dados; - mostra de quais informações foi derivado cada resultado; - descreve como as informações foram organizadas para análise e interpretação; - mostra coerência entre escolha do tema, coleta de dados e os resultados; - mostra que obteve feedback dos resultados; - o processo deve estar claro, bem descrito e explicado; - não apresenta resultados definitivos ou verdades acabadas; - mostra associação explícita entre teoria e prática; - o tema é de importância para a sociedade e para a

prática-assistencial de Enfermagem; - mostra a prática-assistencial como componente do processo de investigação; - mostra abstrações da realidade prática; - mostra mudanças ocorridas na prática, durante o processo de pesquisa; - apresenta alternativas de solução de possíveis problemas identificados na prática (TRENTINI; PAIM, 2004, p. 101-102).

Tratando-se de uma PCA, na realização deste estudo, consideramos os critérios de rigor metodológico acima expostos à medida em que procuramos contextualizar o problema de estudo, bem como a justificativa da escolha dele; informamos aos participantes sobre os objetivos, procedimentos metodológicos e a importância do estudo para a enfermagem; relatamos, de forma clara, o processo de coleta, interpretação e análise dos dados obtidos; procedemos aos registros sistemáticos das informações; procuramos a saturação das informações e, após, procedemos à análise e interpretação dos dados; procuramos participar de forma ativa como sujeitos da pesquisa; e respeitamos os aspectos éticos que garantiram o anonimato e opção de participação, bem como desistência dos participantes no decorrer do processo.

4.8 ASPECTOS ÉTICOS

De acordo com Trentini; Paim (2004), a PCA se insere no cenário da assistência em que não apenas observa e retrata as situações vivenciadas, mas “intervém”, propondo ações a partir desta e, como tal, requer uma explicitação ética. Para tanto, a apresentação da proposta de pesquisa deve ser clara e bem divulgada entre os envolvidos, de maneira a favorecer a compreensão e estimular a participação de todos os participantes selecionados conforme os critérios definidos.

Neste estudo, como garantia dos princípios éticos no desenvolvimento de uma atividade com seres humanos, foram respeitadas as Diretrizes e Normas da Resolução no. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (CNS/MS, 1996). De acordo com a Resolução, devem ser considerados o respeito à dignidade do ser humano, a proteção aos direitos e o seu bem-estar.

Para este estudo, elaboramos um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A), a fim de garantir, principalmente, a autorização para o uso dos dados obtidos e o anonimato dos participantes.

Os profissionais foram convidados a participar espontaneamente, sendo que a sua recusa não implicou prejuízos ou forma alguma de constrangimento para eles.

Garantimos e respeitamos, da mesma forma, a opção de desistência do estudo em todos os momentos de sua trajetória.

Ainda seguindo a mesma Resolução, garantimos o anonimato dos participantes.

Considerando a participação média de 6 enfermeiros por sessão, o anonimato foi garantido à medida que não foram reproduzidas falas completas nos resultados, tampouco a identificação completa dos participantes. Eles foram “identificados”, conforme sugerido pelos próprios participantes, por nomes de flores, definidos pela pesquisadora aleatoriamente.

A proposta de investigação foi submetida à apreciação e aprovada pelo comitê de ética da Unochapecó, sob o registro 036/09.

5 A DINÂMICA DAS OFICINAS E A CONSTRUÇÃO DAS CATEGORIAS

A compreensão do processo de coleta e registros dos dados ocorreu a partir dos encontros/oficinas realizadas, cuja descrição apresentamos a seguir, bem como a trajetória na interpretação, categorização e análise dos resultados obtidos, para a construção dos significados.

A dinâmica de oficinas, como já citado, foi a estratégia para a coleta de dados utilizada neste estudo.

Considerando tratar-se de uma PCA, a pesquisa permitia, ao tempo em que acontecia, o desenvolvimento de um processo de reflexão entre os participantes, sobre os temas abordados – educação permanente profissional e integração entre o ensino e o serviço, visando à melhoria, mudanças ou transformação no contexto estudado.

A abordagem utilizada nas oficinas foi de diálogo entre os participantes, a partir da proposição de um tema, mediado pela pesquisadora, em que os conhecimentos prévios e vivências, em movimento de trocas, ofereceram oportunidade para inquietações, dúvidas, sugestões, identificação de dificuldades e potencialidades, fundamentando reflexões e construção de novos conhecimentos e práticas.

Em acordo com o que nos apresenta Freire (1980) esse movimento de “pensar a prática” permite a apropriação consciente da realidade, percebendo-a como um desafio a ser enfrentado e a realidade a ser melhorada ou transformada.

Dessa forma, o grupo de enfermeiros participantes deste estudo pôde, nos 5 encontros/oficinas realizados, discutir sobre situações práticas que envolvem a integração entre o ensino e o serviço, na reflexão de sua contribuição ou proposição no processo de educação permanente dos trabalhadores.

Anteriormente à realização das oficinas propriamente ditas, ocorreram 2 contatos para apresentação da proposta, os quais, assim como a organização e operacionalização das oficinas, descreveremos a seguir.

5.1 A DINÂMICA DAS OFICINAS

1º Contato – Abril 2009

O primeiro contato com os participantes ocorreu em um momento de reunião de coordenadores dos serviços municipais de saúde, realizado em abril de 2009, conforme cronograma da Coordenação de Enfermagem da SSA. No encontro foi apresentada aos participantes, de maneira clara e objetiva, a proposta de pesquisa e esclarecidos os critérios de seleção dos convidados a participarem. Nesse encontro estavam presentes alguns dos coordenadores dos CS nos quais atuam os enfermeiros que compunham a amostra selecionada.

Em virtude da realização, nesse período, de Curso Introdutório para as Equipes de Saúde da Família (ESF) no município, alguns coordenadores não estavam presentes nesse 1º momento, o que exigiu a previsão de retomada da apresentação e esclarecimentos da proposta, posteriormente, tendo sido feita nova explanação, no mesmo espaço - reunião mensal de coordenadores, realizada no mês de junho de 2009.

O início da realização das oficinas, inicialmente previsto para maio/09, foi, em virtude da realização do curso introdutório referido acima, postergado para julho/09.

O curso Introdutório para as Equipes de Saúde da Família, proposto e organizado pela Escola de Saúde Pública de Santa Catarina, envolveu todos os profissionais das equipes da ESF no município de Chapecó (entre eles os enfermeiros) em extenso cronograma e programação de atividades. Realizado no período de abril a junho/09, com carga horária de 80 horas, divididas em 8 encontros quinzenais, o curso exigia dos profissionais frequência mínima obrigatória, o que, na nossa compreensão, poderia comprometer a participação dos enfermeiros em atividades paralelas – oficinas propostas nesta pesquisa - nesse período, fato pelo qual optamos pelo início das oficinas após a conclusão do curso no município.

2º Contato – Junho 2009

Após relacionados os espaços (cenários de práticas) e participantes (enfermeiros que atuam nestes) desta pesquisa, em um número, como já citado, de 30 enfermeiros, procedemos à distribuição de convites nominais (APÊNDICE B) para participação da primeira oficina.

Esse momento caracterizou o 2º contato com os participantes, realizado junto a um encontro de discussões e validação de relatórios produzidos pelas equipes da ESF durante o curso introdutório. Estavam presentes o gestor municipal, a equipe dirigente da SSA e os coordenadores dos serviços (alguns, participantes da pesquisa).

Após entrega dos convites nominais aos convidados a participarem da pesquisa, destacamos a importância da participação e envolvimento de todos nas discussões sobre o tema e os objetivos de pesquisa proposta. Na oportunidade, a relevância da pesquisa foi reafirmada pelo secretário da saúde, ao entender o momento como reflexivo e construtivo ao processo de trabalho e educação dos profissionais envolvidos, o que consideramos corroborar para a credibilidade, aceitação e participação dos envolvidos no estudo.

Considerando o referencial teórico adotado – Paulo Freire – o movimento de construção e desenvolvimento das oficinas foi definido pelo próprio grupo, tendo sido o número de oficinas inicialmente previsto em 06, como citado, reorganizado em 05 encontros, em horário e local acordados pelo grupo.

Conforme acordo com o Secretário Municipal da Saúde e a Gerência de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (GTES), as oficinas iniciadas em julho/09 foram realizadas em horário de trabalho, nas sextas-feiras, das 15h às 17h, no auditório do Serviço Municipal de Fisioterapia e Saúde Funcional, local escolhido pelos participantes, sendo este o local de realização dos encontros e reuniões do cronograma dos coordenadores da SSA. Foi proposta, em acordo com a GTES, a validação da participação dos enfermeiros como momentos de educação profissional, com carga horária prevista em 10 horas.

1ª Oficina

Realizada em 03 de julho de 2009, com duração de 2 horas, o objetivo desse encontro foi esclarecer o tema e objetivos aos participantes, bem como a intenção do estudo, suas perspectivas e cronograma de atividades.

O planejamento e o desenvolvimento desse momento geraram dúvidas e expectativas: onde realizar? Qual o melhor dia da semana? Horário? Quantos colegas compareceriam? O que falar? O que não falar? Quais seriam as reações deles diante da proposta? Do cronograma? Sabemos que muitas vezes as atividades diárias no Centro de Saúde inviabilizam a participação em atividade “extra”. Entretanto,

esses questionamentos e dúvidas foram dissipados no decorrer do desenvolvimento da oficina.

O local da 1ª oficina foi estrategicamente selecionado, uma vez que caracteriza o espaço onde rotineiramente ocorrem os encontros, reuniões e capacitações para os profissionais da SSA de Chapecó, sendo, dessa forma, de fácil acesso e conhecimento de todos, além de agradável e dispor de infra-estrutura necessária para a realização da atividade proposta para esse dia.

Como forma de acolhimento aos participantes, foi oferecido um “coffee break”, de maneira que, ao chegar, considerando o horário das 15h, os enfermeiros pudessem saborear doces e salgados, além de chás, café ou refrigerante, integrando-se e já iniciando o primeiro contato entre os componentes do grupo.

Dos 30 enfermeiros convidados para participação na pesquisa, que compunham a amostra citada, 13 compareceram ao 1ª encontro/oficina.

Aproximadamente às 15h e 20min iniciamos os trabalhos, agradecendo a presença de todas as enfermeiras por participarem voluntariamente, já que o projeto é de interesse particular da mestranda, mas conta também com o apoio da SSA.

O objetivo da primeira oficina, conforme citado, foi apresentar a proposta elaborada no mestrado, esclarecendo sobre o que se trata, para que todos pudessem se sentir à vontade em participar e colaborar ou não com o estudo e, assim, posteriormente serem acordadas datas para os próximos encontros.

O título do estudo foi apresentado, assim como as questões norteadoras, objetivos e questões éticas que envolveriam a pesquisa.

A partir da discussão relacionada ao horário e local, alguns enfermeiros sugeriram a realização de encontros quinzenais com 4h de duração, em vez de semanal, com 2h, justificando a distância dos locais de trabalho e dificuldade em sair em meio às atividades. Os demais consideraram “indiferente”, desde que houvesse previsão das datas dos encontros com certa antecedência.

Ficou acordada a realização às sextas-feiras como o dia de encontro. Foi mantido o local já citado, de acordo com a escolha dos participantes.

Considerando a proposta de realização de oficinas com duração de 2 horas, de acordo com a metodologia traçada para esta pesquisa e visando à garantia da produtividade nas discussões de um tema e reflexão entre os diferentes temas a serem abordados, optamos por

manter o cronograma previsto inicialmente, ou seja, encontros semanais de 2 horas de duração, às sextas-feiras, das 15h às 17h.

Após a leitura e esclarecimento do termo de consentimento, os participantes assinaram duas cópias, ficando uma cópia para o participante e outra para a mestrandia.

Para o encerramento desse encontro, foi oferecido um “coffee break” aos profissionais do serviço local, como forma de agradecimento à disponibilização do espaço e sua disposição na previsão e organização.

Dessa forma, efetivamos reserva do espaço escolhido pelo grupo, no dia da semana também escolhido pelo grupo, em horário previsto na pesquisa (das 15h às 17h).

A realização de atividade emergencial sobre Influenza A envolveu os enfermeiros na data inicialmente prevista para o 2º encontro (10 de julho). Optamos, então, pelo agendamento e realização da 2ª oficina no dia 17 de julho, em local já definido.

Os participantes foram informados por telefone.

2ª Oficina

A 2ª oficina, realizada em 17 de julho, tinha como objetivo criar um conceito grupal de educação permanente, utilizando a estratégia do mapa conceitual.

Participaram do encontro 10 enfermeiros. 2 enfermeiros que atuam somente na assistência aos usuários justificaram suas faltas por não liberação da coordenação (gerência) do CS e dificuldade de deslocamento para participação na oficina. 1 enfermeiro não compareceu e não justificou.

Consideramos esse um momento ímpar no desenvolvimento desta pesquisa, uma vez que foi nessa oficina que se “desenrolaram” os temas abordados nos encontros seguintes.

Iniciamos o encontro com um texto/mensagem (FREIRE, 2009), trazendo uma reflexão sobre a importância dos diferentes saberes.

A fundamentação para o desenvolvimento e mediação da atividade se deu a partir do estudo e leituras sobre a construção de um conceito grupal utilizando-se a técnica de mapa conceitual e a condução dos trabalhos em acordo com o suporte teórico de Paulo Freire, considerando a construção coletiva do conhecimento a partir do conhecimento prévio de cada um e do grupo e da realidade vivida e sentida. Da mesma forma, as discussões se fundamentaram nos referenciais teóricos (Política Nacional de Educação Permanente em

Saúde) e metodológicos (Pesquisa Convergente Assistencial) da pesquisa.

De acordo com Cardoso (2003), o mapa conceitual, desenvolvido por Joseph Novak, na década de 70, constitui ferramenta de aprendizagem significativa que permite a representação gráfica de elementos chave de uma estrutura cognitiva, a partir da exteriorização dos significados subjetivos, construídos e assimilados.

Para Moreira (1988), os mapas conceituais são, de modo geral, diagramas, indicando relações entre conceitos ou entre palavras que usamos para representar conceitos. Destaca o autor que mapas conceituais são instrumentos que podem levar a profundas modificações na maneira de ensinar e de aprender, uma vez que são pautados pela aprendizagem significativa, em que todos os envolvidos trocam e constroem o conhecimento.

Considerando a proposta de aprendizagem significativa, o recurso do mapa conceitual foi utilizado, como citado, para a reflexão discussão e construção conceitual de educação permanente.

Na organização da dinâmica, foram distribuídas aos participantes tarjetas coloridas e pincéis atômicos, para que cada um representasse, através de uma palavra ou expressão, o que considerava ser educação permanente.

Em seguida, como mediadora e facilitadora, iniciamos as discussões em grupo, na construção de um conceito coletivo de educação permanente, utilizando as tarjetas com registros/palavras destacadas por cada participante. As tarjetas eram “pegas” aleatoriamente para discussão, sendo fixadas na parede. Conforme as palavras de representação (palavras) eram lidas, eram discutidas, bem como suas posições (antes, depois) na construção do conceito de educação permanente eram referenciadas pelo grupo.

A partir dos diversos entendimentos, os participantes expressaram dúvidas, conhecimentos e opiniões, problematizaram e refletiram sobre o tema apresentado.

À medida em que surgiam as palavras, o grupo discutia suas representações, bem como sua disposição na criação do conceito de EP, quando mediava e instigava as reflexões ao questionar, por ex: “CONHECIMENTO vem antes, junto ou depois da ATUALIZAÇÃO?”, “Por quê?”

À observação, destacamos o envolvimento “ativo” dos 10 participantes, a partir de manifestações e reflexões sobre suas representações de EP, o que contribuiu sobremaneira para o enriquecimento das discussões e construção do conceito.

Tratando-se de uma PCA e, conforme as dúvidas e demanda do grupo, abordou-se, após a dinâmica, o conceito de educação permanente em saúde destacado na PNEPS, bem como foram discutidas e explanadas as questões conceituais sobre educação continuada, educação permanente e educação em serviço, fundamentadas em Ceccim.

Esse momento de discussão e construção sobre o tema educação permanente constituiu a base para esta pesquisa. Foram 2 horas de falas e discussões, com participação ativa dos 10 membros do grupo, questionando, manifestando vivências e experiências, expondo suas idéias e compreensões e refletindo sobre as falas e registros dos colegas.

A organização do material produzido a partir das representações, do conceito construído e das falas transcritas, configura, neste estudo, a fase de pré-análise, quando nos apropriamos dos dados, organizando-os e sistematizando-os para reafirmação no encontro seguinte.

A 3ª oficina ficou agendada para o dia 24 de julho, no mesmo horário e local.

A síntese provisória dessa oficina apresenta-se na identificação de palavras chaves/representações de educação permanente para cada integrante do grupo, bem como na construção coletiva do conceito de educação permanente. Os dados obtidos nesse momento já permitem sua identificação como unidades de registros para categorização posterior e serão apresentados no item 5.2.

3ª Oficina

Realizada em 24 de julho, a 3ª oficina teve como propósito conversar com os participantes sobre o tema integração ensino-serviço, com ênfase nas discussões sobre a compreensão e efetividade do movimento de integração entre a SSA e a Unochapecó.

Participaram desse encontro 5 enfermeiros.

Tendo como base as questões norteadoras: “O que entendo por integração ensino-serviço?”, “Como está acontecendo a integração entre o ensino e o serviço em Chapecó?” e “Está acontecendo integração?”, iniciaram-se as discussões e reflexões sobre o tema.

Da mesma forma, essa oficina constituiu importante parte desta pesquisa, já que proporcionou a socialização de experiências e vivências, debates, explanação de dúvidas e angústias, com produção de registros valiosos e fundamentais para a análise e alcance dos objetivos propostos.

Nesse momento foram discutidos temas cotidianos como a presença dos acadêmicos nos serviços, a representação e a “intenção” da academia nos serviços, no olhar dos participantes, assim como manifestações de como poderia ser ou não poderia ser.

Essa oficina foi interrompida às 16h e 30min devido à notícia de óbito de familiar da pesquisadora, ficando acordada retomada das discussões no encontro previsto para o dia 31 de julho, quando os participantes seriam contatados por e-mail ou telefone.

Em pré-análise dos dados coletados nessa oficina, identificamos diferentes representações e considerações sobre a integração entre o ensino e os serviços de saúde, as quais resgatamos no encontro posterior para seguimento das discussões.

4º Oficina

Realizada no dia 07 de agosto, conforme solicitação e acordo com os participantes, o objetivo do 4º encontro foi dar continuidade às discussões sobre o tema integração ensino-serviço e apontar, na compreensão e concepção dos participantes, as contribuições da integração percebida para a educação permanente profissional.

Participaram desse momento 4 enfermeiros. 2 justificaram ausência alegando férias e viagem.

Inicialmente a pesquisadora resgatou o que havia sido discutido nas oficinas anteriores sobre o tema Educação Permanente e Integração Ensino-Serviço, lembrando os objetivos de sua pesquisa apresentados no primeiro encontro: a construção do mapa conceitual realizado pelo grupo expressando o seu entendimento sobre educação permanente e discussões sobre integração ensino-serviço, realizado no segundo e terceiro encontros, respectivamente.

A discussão do quarto encontro foi delimitada para dar seguimento às compreensões do grupo sobre integração ensino-serviço e identificar quais as contribuições dessa integração para a educação permanente dos profissionais, contemplando os primeiro e segundo objetivos da pesquisa, respectivamente.

Para enriquecer as discussões, a pesquisadora resgatou “falas” das participantes, a partir das quais ‘problematizou’ o tema, destacando:

“Acho que é essa função dos estudantes de estarem junto lá, de estarem participando”;

“Depende das duas partes”;

“A participação dos alunos nas campanhas”;

“Por ex, a criação do PET-Saúde, que visa integrar ensino-serviço para a formação do aluno voltado a realidade do atendimento no SUS”;

“A gente tá fazendo integração só do lado da gente, tá doando, e o que tão trazendo de integrado com a gente?”

A partir dos ‘resgates’, as participantes iniciaram as discussões acerca de suas experiências e percepções sobre a integração entre o ensino e o serviço em seus espaços de atuação e construção conjunta da compreensão de integração ensino-serviço.

Em um segundo momento, resgatamos os conceitos elaborados pelo grupo de educação permanente e integração ensino-serviço e questionamos:

Quais as contribuições da integração ensino-serviço para a educação permanente profissional?

Nesse momento, diferentes apontamentos surgiram, tanto positivos quanto negativos ao real propósito do estabelecimento de uma integração efetiva entre os segmentos, seja para a formação ou para o desenvolvimento profissional.

Após discussões, foram destacadas pelo grupo as contribuições e dificuldades encontradas, bem como sugestões para a qualificação e estreitamento de relações que serão apresentados no item a seguir.

5ª Oficina

Realizada em 04 de setembro, a 5ª oficina ocorreu em local e horário previamente acordados, para validação dos dados coletados nessa pesquisa.

Participaram 5 enfermeiros que, além da validação, retomaram discussões acerca da educação permanente e integração ensino-serviço, destacando vivências e experiências.

Para validação, as transcrições das gravações realizadas em cada uma das 3 oficinas de discussão dos temas realizadas foram sistematicamente digitadas e impressas, tendo sido divididas entre as 4 participantes inicialmente presentes (1 chegou após, participando apenas das discussões posteriores) para leitura das falas e validação ou não das mesmas.

Os presentes validaram os dados coletados, reiniciando e reafirmando apontamentos sobre os temas em estudo.

Os apontamentos foram sistematizados e, ao fim do encontro, da mesma forma validados junto ao grupo, de maneira que pudesse ser utilizado para a construção das categorias e análise do que fora coletado.

TULIPA: “condiz com a realidade, ‘tá’ bem claro assim, relembra bastante aquele momento, [...] conseguiu descrever o conceito que foi feito por todos [...] está bem certinho”.

ORQUIDEA: “eu acho que relembrou bem aquelas discussão dos alunos nos postos, se era integração ou não era... ‘Tá’ bem como foi colocado [...] a conclusão. Quando a gente começa ler que a gente lembra. Ai tu lembra o que falou”.

A participação dos enfermeiros nas oficinas é demonstrada no quadro abaixo:

Quadro 1: Distribuição dos participantes nas oficinas realizadas

Oficinas/participantes	1ª oficina	2ª oficina	3ª oficina	4ª oficina	5ª oficina
GIRASSOL	X	X			X
ORQUIDEA	X	X	X	X	X
ROSA	X	X			
AMOR PERFEITO	X	X			
CAMÉLIA	X	X	X	X	
CRAVO	X	X			X
VIOLETA	X	X			
MARGARIDA	X	X	X		
TULIPA	X	X	X	X	X
LIRIO	X	X	X	X	X
A	X				
B	X				
C	X				
TOTAL:	13	10	05	04	05

Conforme dados acima, observamos que 3 enfermeiras participaram de forma regular das 5 oficinas, sendo 2 gerentes e 1 assistente; 1 enfermeira (gerente) participou de 04 oficinas; 03 enfermeiras (gerentes) participaram de 03 oficinas e 3 enfermeiras (gerentes) participaram de 2 oficinas. Destas, 01 justificou o não

comparecimento nas demais por ter iniciado turno noturno de trabalho na SSA e outro vínculo empregatício no turno de realização dos encontros.

As 03 enfermeiras (assistentes) participaram apenas da 1ª oficina, sendo que 02 justificaram o não comparecimento nos demais encontros por não liberação da gerente do CS em razão da demanda de atendimento e dificuldades de deslocamento. 01 enfermeira não retornou aos encontros, não justificando sua ausência.

Todas as 13 participantes da 1ª oficina assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

5.2 A CONSTRUÇÃO DAS CATEGORIAS

Para análise dos dados coletados nesta pesquisa, como citado, utilizamos a Análise Temática proposta por Minayo.

De acordo com a autora, fazer uma análise temática, “consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõe uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado” (MINAYO, 2008, p. 316).

Na realização desta pesquisa, considerando a estratégia de coleta de dados utilizada – oficinas – em coerência à fundamentação teórica e metodológica adotadas, cabe destacar a dinamicidade dos processos de pesquisa e educação desenvolvidos com o grupo de participantes.

A cada sessão/oficina realizada, os dados produzidos eram sistematizados pelas pesquisadoras e resgatados no encontro subsequente como forma de validação, refutação ou reconstrução e continuidade das discussões dos temas propostos, permitindo, dessa forma, o crescimento e a construção de novos conhecimentos (“intervenção” da PCA) durante o processo de pesquisa.

O processo de análise ocorreu concomitantemente com a coleta dos dados, originada da sistematização dos registros e relatos de cada sessão.

Com a análise temática pretendíamos identificar os significados das temáticas referentes à educação permanente em saúde e a integração ensino-serviço, suas dificuldades, potencialidades e estratégias de consolidação.

Neste estudo, a fase de pré-análise ocorreu concomitantemente com a coleta dos dados - oficinas, em que os dados obtidos foram

sistematizados e organizados, levando à identificação das primeiras unidades de registros/temas, conforme apresentaremos adiante.

Considerando que cada oficina propunha a discussão de um tema sem, no entanto, desconsiderar a constituição e abordagem do todo, para sistematização das idéias e dados coletados, optamos por realizar a exploração do material (2ª etapa da análise temática) organizado e registrado de forma informatizada (transcrição de relatos identificados em letras pretas e os registros de observações destacados em letras vermelhas ao longo do texto), inicialmente com a identificação das unidades de registros, categorizando-as, codificando-as e classificando-as, conforme apresentadas em cada oficina, separadamente. Em um segundo momento, consideramos a inter-relação dos temas no total de oficinas realizadas (5), para o tratamento dos resultados e interpretação destes, amparados na fundamentação teórica da pesquisa.

5.2.1 Pré-Análise

As discussões e produtos das oficinas nos permitiram identificar, na fase de pré-análise, as unidades de registros que representaram os temas abordados.

TEMA: Educação Permanente

A partir das palavras chaves apresentadas pelas participantes como representações de educação permanente (conhecimento, atualização, troca, aceitação, contínuo e valorização) e, utilizando dinâmica (mapa conceitual) já apresentada, foi criado o conceito de educação permanente para os pesquisados:

“A partir do conhecimento de cada indivíduo, facilitado pela aceitação, ocorre a troca do saber e a atualização contínua do conhecimento, buscando a valorização pessoal.”

A pré-análise dos dados coletados nos permitiu a identificação e codificação das unidades de registros, por constituírem significados ao tema abordado nessa oficina sendo elas:

- Conhecimento

- Troca
- Aceitação
- Aprendizagem significativa

TEMA: Integração Ensino-Serviço

As discussões sobre a integração entre instituições de ensino e serviços de saúde suscitaram relatos de experiências e vivências, bem como apontamentos sobre as percepções e considerações entre os participantes desta pesquisa. A riqueza de significados nos dados coletados, assim como a construção do conceito de integração ensino-serviço pelo grupo pesquisado, permitiu-nos contemplar o objetivo proposto nas discussões desse tema.

Na pré-análise dos registros dos dados coletados identificamos e codificamos:

- Integração ensino-serviço
 - Aceitação
 - Envolvimento
 - Compromisso

A partir das discussões, o grupo construiu um conceito de integração ensino-serviço de acordo com suas percepções:

“Integração ensino-serviço é a troca de saberes, experiências, conhecimento prático e teórico e “visão” entre acadêmicos, profissionais e população de em determinado território”

TEMA: Contribuições da Integração Ensino-Serviço para a Educação Permanente

Durante as discussões, foram apontadas e sistematizadas pelo grupo participante:

- Contribuições:
 - mais qualidade no atendimento;
 - atualização;
 - visão crítica;
 - revisão de práticas; e
 - trocas.

- Dificuldades:
 - estágios fragmentados, não articulados, limitando-se ao objetivo de disciplinas isoladas; e
 - muitas vezes, sem articulação ou interação com equipe, não permitindo “trocas”.

- Sugestões:
 - previsão de momentos de educação permanente para os profissionais do serviço, quando da realização de cada inserção acadêmica teórico-prática, possibilitando as trocas e atualização e desenvolvimento profissional;
 - devolutivas das ações desenvolvidas junto à comunidade como parte de um sistema de referência e contra-referência; e
 - Proposição e organização de estágios sequenciais ainda que se trate de uma mesma disciplina.

5.2.2 Exploração do material

Para a sistematização do processo de análise, a partir da pré-análise do material, retomamos contato com os registros produzidos (transcrição das falas e registros de observações) nas oficinas submetendo-os às etapas seguintes da Análise Temática.

Na etapa de Exploração do Material, após leitura exaustiva das falas transcritas e agrupamento destas pelos significados identificados na pré-análise, codificamos as categorias, visando a alcançar os núcleos de sentido. Desse modo, a classificação e a agregação dos dados foram realizadas a partir de recortes dentro dos temas abordados.

Nessa etapa foram identificadas e organizadas três categorias, denominadas de acordo com o significado do conjunto, sendo elas: **A construção do conhecimento como processo de educação permanente; Níveis de integração ensino-serviço; e Educação Permanente em Saúde – o ato final.**

O processo de identificação, pelas pesquisadoras, dos significados atribuídos aos temas educação permanente e integração ensino-serviço, com base nos registros encontrados, completaram-se com a criação de categorias temáticas representativas que, por sua vez, constituem os resultados da pesquisa.

De acordo com Minayo (2008), após verificação dos resultados, os analistas propõem inferências e realizam interpretações, inter-relacionando-as com o quadro teórico desenhado inicialmente na pesquisa ou sugerindo novas dimensões teóricas e interpretativas.

A apresentação e tratamento dos resultados e suas interpretações, terceira etapa proposta pela análise temática, serão apontados no capítulo a seguir.

6 DESCREVENDO E ANALISANDO OS RESULTADOS

*“Ninguém chega lá partindo de lá, mas de um certo aqui”
(Paulo Freire)*

A tarefa de interpretar, categorizar e analisar os dados coletados não é fácil. Exige dos pesquisadores incansáveis leituras para o estabelecimento de relações e co-relações entre as unidades e categorias identificadas, fundamentados no referencial teórico da pesquisa.

Analisar, compreender e interpretar um material qualitativo é, em primeiro lugar, proceder uma superação da sociologia ingênua e do empirismo, visando penetrar nos significados que os atores sociais compartilham na vivência de sua realidade (MINAYO, 2008, p. 299).

Como citado, nesta pesquisa, a análise dos dados ocorreu a partir da identificação dos significados de educação permanente e integração ensino-serviço, discutidos e registrados nos debates realizados nas oficinas. Inicialmente foram identificadas as unidades de registro que, após, foram codificadas e classificadas. As reflexões e interpretação dos ‘códigos’, fundamentados pelo referencial teórico nos levaram à identificação de três categorias representativas da compreensão dos processos de educação permanente e integração ensino-serviço, considerando sua dinâmica e propósitos, quais sejam:

- **A construção do conhecimento como processo de educação permanente;**
- **Níveis de integração ensino-serviço; e**
- **Educação permanente em saúde – o ato final.**

Cada categoria é apresentada em três sub-categorias, a fim de melhor representar e contextualizar os temas em estudo, conforme apresentaremos a seguir.

Cabe destacar, no entanto, que a codificação dos resultados e a representação destes em categorias e subcategorias não se propõem à restrição dos debates e limitação das discussões destas, devendo o leitor compreender a dinâmica dos processos que envolveram esta pesquisa, em especial, pela proposta metodológica (PCA) e estratégia de coleta

dos dados (grupais/oficinas) desenvolvidas, à luz do referencial teórico da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS).

Alicerçada na responsabilização dos serviços de saúde pela transformação das práticas dos trabalhadores, a PNEPS configura esforços de **construção do conhecimento** comprometido com a realidade social dos sujeitos-cidadãos do cuidado (REIBNITZ *et. al.*, 2009).

A responsabilidade do sistema de saúde na ordenação e formação profissional em saúde é, da mesma forma, apontada neste estudo, ao tempo em que propõe políticas de formação e oferece oportunidades de experiências acadêmicas nos espaços dos serviços de saúde, processo este mediado pelo estabelecimento de relações de parceria entre os setores educação e saúde, em um movimento de **integração ensino-serviço**.

De acordo com Feuerwerker (2002b), a integração entre instituições de ensino e serviços de saúde – **integração ensino-serviço** - é indispensável para o processo de ensino-aprendizagem e para mudanças das práticas, buscando a melhoria da qualidade do serviço e atenção à saúde, em acordo com os princípios do SUS. No entanto, para que a integração seja efetiva, e o sucesso das propostas em **Educação Permanente em Saúde como “ato final”** se concretizem e ocorram de fato, deve-se permitir a participação de todos os atores/autores envolvidos no processo de ensino-aprendizagem, de forma a garantir a construção coletiva e a responsabilidade compartilhada.

O estabelecimento de relações de **integração ensino-serviço** se apresenta, nessa lógica, como um dispositivo instituinte da qualificação desejada, propondo intervenções tanto na formação quanto no desenvolvimento profissional, mediando, a partir de questionamentos e proposição de novas práticas, **o envolvimento profissional para a construção do conhecimento como um processo de educação permanente**.

Embasada nos apontamentos acima e nos dados que emergiram das oficinas, fundamentamos a construção das categorias de análise ora apresentadas.

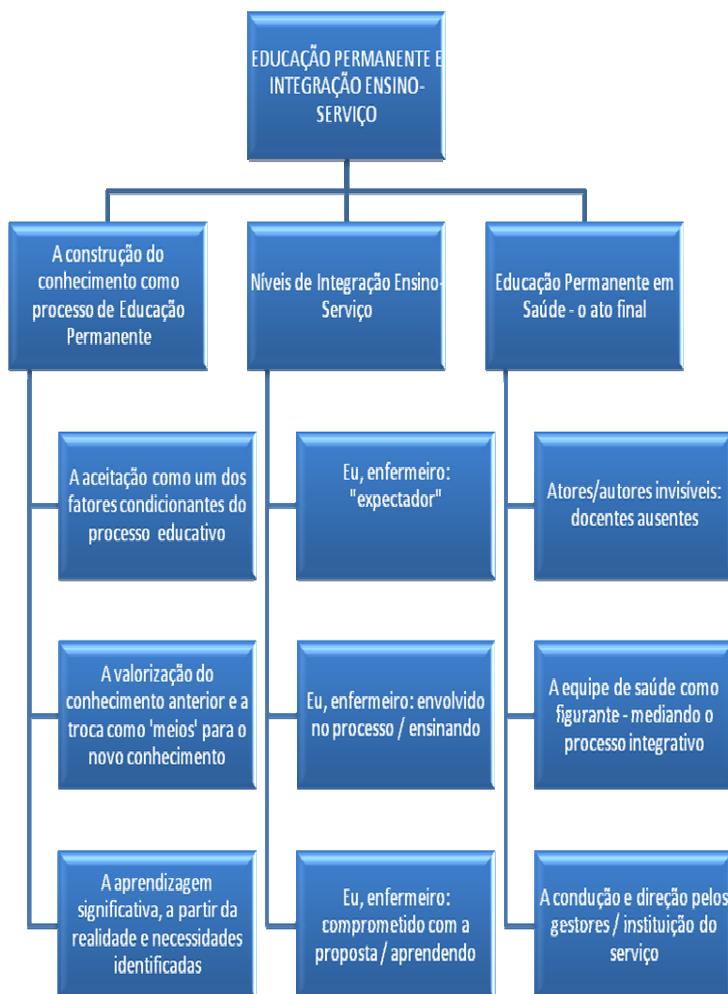


Figura 02: Organograma das categorias e subcategorias de análise acerca da Educação Permanente em Saúde e Integração Ensino-Serviço.

6.1 A CONSTRUÇÃO DO CONHECIMENTO COMO PROCESSO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

“O homem se sabe inacabado e por isso se educa” (Paulo Freire)

Ao identificarmos e propormos a abordagem do conhecimento como categoria de análise, fizemo-lo considerando-o como a base para o desenvolvimento de qualquer processo educativo.

Não apontamos aqui apenas o conhecimento técnico-científico que envolve o processo de trabalho em saúde, mas, sobretudo, o conhecimento próprio de cada ator/autor envolvido na construção e reconstrução deste, em um movimento permanente de educação, de ‘educação permanente em saúde’.

Durante todo o processo de coleta de dados para esta pesquisa, o conhecimento foi destacado pelos participantes, tanto ao abordarmos o tema educação permanente quanto integração ensino-serviço e suas contribuições para a EP profissional.

Ao considerar a espécie humana como espécie “aberta”, Freire (2008c) aponta, na “inconclusão do homem”, a necessidade deste ‘se fazer’ e decidir sobre o que virá a ser, de ser educado e educar-se. Nesse processo, o homem inventa modos de ser e de interagir com os outros, produzindo a si e ao mundo mediante processos de aprendizagem, cujo resultado é o conhecimento.

A busca constante de ser mais, o desejo de aprimoramento e crescimento pessoal e profissional implícitos nos processos de educação permanente foram representados pela maioria dos participantes (60%), que registraram o *conhecimento*, a *atualização* e a *troca* em suas tarjetas como palavras representativas do tema educação permanente.

As discussões a partir da construção do conhecimento realizadas nas oficinas, os apontamentos na literatura e as considerações teóricas que envolvem este processo - de construção do conhecimento - permitiram-nos identificar três subcategorias de análise representativa da abordagem do tema nesta pesquisa, sendo elas: **a aceitação como um dos fatores condicionantes do processo educativo; a valorização do conhecimento anterior e a troca como meios para o novo conhecimento; e a aprendizagem significativa, a partir da realidade e necessidades identificadas**, as quais apresentamos abaixo.

6.1.1 - A aceitação como um dos fatores condicionantes do processo educativo - “[...] a *aceitação*... ela facilita a troca”.

Ao propormos a abordagem da educação permanente como tema desta pesquisa, provocamos a reflexão sobre as práticas em desenvolvimento, suscitando o desejo de transformação e qualificação destas, a partir do conhecimento. Ao identificarmos e considerarmos a sub-categoria de análise acima referenciada, parafraseamos BRASIL (2004, p.117) ao apontarmos que “As mudanças no modelo de atenção dependem da adesão dos profissionais de saúde e da qualidade do seu trabalho”.

Nessa lógica, a “aceitação”, mesmo representada por 1 participante como significado de educação permanente, foi motivo de muitas discussões e apontamentos pelo grupo, que destaca esse significado como fator determinante para o estabelecimento de relações e trocas, construção de novos conhecimentos e mudanças de práticas, propósito da educação permanente.

“Acho que (aceitação) é umas das primeiras coisas” (ROSA)

*“Se não tiver aceitação não vai existir a troca”
(ORQUIDEA)*

Freire (2008a) destaca que é na inconclusão do ser **que se percebe e se reconhece** inconcluso que ocorrem os movimentos de busca e educação permanentes.

Pensar que a educação permanente em saúde se propõe à transformação de concepções e práticas e produção de novos conhecimentos e saberes, com o envolvimento de todos os autores/atores, remete-nos a questionar e avaliar como, de fato, estão sendo estabelecidas as relações entre as instituições e pessoas que as compõem, uma vez que os processos e resultados dependem diretamente dos envolvidos.

Ao nos referirmos, nesta pesquisa, aos envolvidos nos processos de integração ensino-serviço e educação permanente, utilizamos o termo “atores/atores”, por considerar que, nos contextos de vida e trabalho de cada indivíduo, este desenvolve papel ativo ou não, determinando o estabelecimento das relações, processos e produtos de suas compreensões e atitudes frente ao apresentado, por vezes, ‘representando’, outras, escrevendo o momento e a história.

Ao abordarmos a integração entre instituição de ensino e serviços de saúde e todo “movimento” acadêmico e profissional ocorridos nesse contexto de relações, identificamos os atores/autores como peças fundamentais para a efetivação das propostas e alcance dos objetivos, sejam eles institucionais ou pessoais, de cada envolvido.

De acordo com Ribeiro (1996), a educação permanente em saúde como processo educacional que entende o processo de trabalho em saúde como definidor das demandas educacionais, deve considerar a organização do mundo do trabalho e as representações sociais sobre esse trabalho como elementos importantes na compreensão dos limites, possibilidades e dificuldades neste processo.

Aponta a autora as relações de trabalho como relações sociais que envolve diferentes atores, com diferentes intencionalidades, imerso em conflitos.

Isso implica imaginar que os profissionais de saúde têm diferentes visões sobre o mundo e o trabalho e que as práticas que desenvolvem são coerentes com estas visões. Transformá-las requer, portanto, a abertura de espaços para reconhecimento dessas diferenças e em que medida elas obstaculizam a concretização das mudanças desejadas (RIBEIRO, 1996, p. 5).

A partir da análise dos dados coletados e, fundamentadas no referencial teórico apresentado, identificamos e apresentamos a aceitação como fator condicionante para a efetivação da construção do conhecimento no processo de educação permanente em saúde. Constitui um significado relevante a ser considerado, uma vez que sua negação ou a não aceitação estabelece diferentes formas de relações (seja entre profissionais, profissionais - academia ou profissionais - comunidade) e suas implicações, positivas ou negativas, na educação permanente dos trabalhadores, conforme observamos nas falas abaixo:

“Quando você já tem a porta aberta para aceitar, você troca e você valoriza o que tu tem pra me dizer [...]” (ROSA)

*“[...] você só vai aprender quando tu realmente aceita”
(ORQUIDEA)*

“Acho que teve muita gente que não aceitou, [...] teve muita gente que não aceitou mesmo, e a pessoa não levou nada pro dia-a-dia” (ORQUIDEA - referindo-se ao Curso Introdutório em Saúde da Família)

“[...] o conhecimento ta lá, a troca acontece, mas pra você se atualizar, você tem que aceitar.” (ROSA)

A aceitação, no contexto deste estudo, é apresentada sob a ótica da “abertura para” e não da passividade diante do que se apresenta. Nessa lógica, a aceitação, seja da provocação, da mudança e transformação, se torna fundamental para o desenvolvimento do processo educativo e construção do novo conhecimento, onde atores/atores, relações, organizações e contextos são determinantes.

Desta forma, citamos Ribeiro (1996) que aponta que, dada a sua concepção de prática educativa desenvolvida no e para o trabalho, a educação permanente em saúde se desenvolve no contexto dos modelos organizacionais e das formas de relação entre serviços e sociedade (leia-se serviços, instituições de ensino superior e comunidades), logo, as concepções de trabalho, de trabalhador, das relações de poder e da participação devem ser reconhecidas e consideradas no estabelecimento do processo educativo.

Ao fazer leitura sobre os apontamentos de Paulo Freire, Boufleuer *in* Streck (2008) destaca que o conhecimento como resultado do processo educativo “[...] não existe no abstrato. Ele só existe “aderido” a pessoas, enquanto significados de sujeitos cognoscentes, ou reconhecidos como tal. Um ato de conhecer implica, portanto, a cumplicidade do sujeito que o realiza” (BOUFLEUER *In* STRECK *et. al.*, 2008, p. 96).

Condição indispensável para uma pessoa ou uma organização decidir mudar ou incorporar novos elementos a sua prática e a seus conceitos é a detecção e contato com os desconfortos experimentados no cotidiano do trabalho, a percepção de que a maneira vigente de fazer ou de pensar é insuficiente ou insatisfatória para dar conta dos desafios do trabalho. Esse desconforto ou percepção de abertura (incerteza) tem de ser intensamente admitido, vivido, percebido. Não se contata o desconforto mediante aproximações discursivas externas. A vivência e/ou a reflexão sobre as práticas vividas é que podem produzir o

contato com o desconforto e, depois, a disposição para produzir alternativas de práticas e de conceitos, para enfrentar o desafio de produzir transformações (CECCIM, 2005a, p.165).

Reafirmamos, desta forma, que o envolvimento profissional, representado pela abertura e aceitação frente ao que se apresenta, constitui a ‘chave’ para o processo educativo e construção do conhecimento, quando os sujeitos comprometidos desafiam a si mesmos e aos outros, pensando e refletindo criticamente sobre a realidade social e do trabalho onde se inserem, permitindo-se questionar e problematizar a prática, buscando respostas e transformação, e conseqüente qualificação dessas.

No entanto, essa perspectiva só será atingida,

A partir do momento em que os participantes do processo se considerarem como seres na busca constante de ser mais, em que por meio da auto-reflexão possam descobrir-se como seres inacabados, sendo sujeitos na sua própria educação por meio do desenvolvimento de habilidade de aprender a aprender (REIBNITZ *et. al.*, 2009, p. 118).

Arriscamos, neste estudo, relacionar a ‘aceitação para o conhecimento’ com o reconhecimento e percepção de si como ‘ser humano inacabado’, ou seja, na medida em que o profissional se percebe como ‘inconcluso’, este se permite a abertura para o novo e, partindo do seu conhecimento, realiza trocas, atualizando-se e construindo um novo conhecimento.

“[...] o conhecimento ‘tá’ lá, a troca acontece, mas pra você se atualizar, você tem que aceitar” (ROSA)

“Você tem o conhecimento, você tem que aceitar uma questão nova” (CAMÉLIA)

“[para a construção do conhecimento depende] que as pessoas sejam abertas” (GIRASSOL)

O aprender/ensinar no processo de construção do conhecimento, a aplicabilidade e efetivação deste na prática cotidiana, foram outros

pontos discutidos nas oficinas, conforme identificamos nas falas abaixo destacadas:

“Mesmo que eu não aceite, eu não quero aprender nada, e eu vou num lugar, eu aprendo ou não aprendo?” (ROSA)

“Aprende” (CAMÉLIA)

“Pode não por em prática” (ORQUIDEA)

“[...] se você não aceita você pode até ir lá, tu aprende de repente aquele conhecimento, mas se tu não coloca em prática...” (ORQUIDEA)

“[...] ter um conhecimento que não é colocado em prática não existe” (TULIPA)

Em concordância à literatura estudada, destacamos que a construção do conhecimento, na lógica da educação permanente em saúde, deve ser pautada no reconhecimento e aplicabilidade prática, transformando o trabalho em “trabalho vivo”, na medida em que permite sua ressignificação e possibilidade de transformação da prática. Logo, consideramos que, um conhecimento só é válido se considerado e aplicado no exercício de reflexão e proposições do trabalho, qualificando-o.

Ao pensar os processos educativos ligados à reflexão sobre as questões do trabalho, a educação permanente circunscreve um espaço próprio que a diferencia de outras intervenções educativas, salientando como concepções distintas do trabalho em saúde se correlacionam com a forma com que se concebe a educação para este trabalho (RIBEIRO, 1996, p. 4).

Não nos cabe, neste momento, concluir se esse processo educativo - educação permanente em saúde - tal como idealizado, vem ocorrendo no município de Chapecó, mas sim iniciar as discussões sobre o tema e apontar os caminhos possíveis para a sua efetivação.

6.1.2 - A valorização do conhecimento anterior e a troca como meios para o novo conhecimento - “[...] é o tempo inteiro, [...] com pacientes, com colegas de trabalho; tu vais estar sempre *trocando*”.

A “troca” foi destacada por dois participantes ao representar a educação permanente, o que suscitou ampla discussão sobre o envolvimento pessoal e profissional, as vivências e experiências, no processo educativo e construção do novo conhecimento.

Para Zani; Nogueira (2006), o processo de ensino-aprendizagem se desenvolve com base em trocas entre os sujeitos envolvidos, em que quem aprende e quem ensina estão intimamente integrados num processo de partilha de conhecimentos, vivências e sentimentos, pautados pela comunicação. O processo não se faz somente pela transferência de conteúdos técnicos, normas e protocolos, mas, sobretudo, considerando as experiências e vivências dos indivíduos e sua bagagem profissional e pessoal.

Suporte para análise do identificado neste estudo, a PNEPS propõe a educação permanente como um processo educativo capaz de problematizar e transformar as práticas profissionais, a partir do reconhecimento e envolvimento de todos os atores/autores envolvidos, de maneira dialógica e coletiva, tendo suas premissas reafirmadas pelos participantes ao destacarem a abertura, o envolvimento e a troca como partes do processo educativo, esse, permanente na vida e no trabalho de cada um.

“Eu já acho que [educação permanente] começaria com a troca” (CAMÉLIA)

Para Davini (*In BRASIL, 2009, p. 42*), “por aprendizagem, entende-se o desenvolvimento de novos critérios ou capacidades para resolver problemas ou a revisão de critérios e capacidades existentes que lhes inibem a resolução”.

O estabelecimento de relações, o compartilhar e “trocas” de saberes e conhecimentos entre os profissionais envolvidos na produção do trabalho são prerrogativas da educação permanente em saúde, sendo o trabalho em equipe fundamental para a tomada de decisões, amenizando as resistências às mudanças (REIBNITZ *et. al.*, 2009).

A educação permanente estrutura-se a partir das relações concretas entre os sujeitos envolvidos, que operam realidades e possibilitam construir espaços coletivos para a reflexão e a avaliações de ações produzidas no cotidiano. Ao mesmo tempo, promove a atualização cotidiana das práticas (REIBNITZ *et. al.*, 2009, p. 123).

Da mesma forma, ao abordarmos o tema educação permanente junto aos participantes desta pesquisa, a valorização do conhecimento anterior e sua atualização, foram apresentados como significados de representação, conforme observamos nas falas abaixo:

“[...] todos nós temos conhecimento” (ROSA)

*“[...] você vai atualizar o conhecimento que você já tem”
(GIRASSOL)*

“Então põe um conhecimento lá no final, pois é um conhecimento diferente” (ORQUIDEA)

De acordo com Davini *in* Brasil (2009, p. 45), “aproximar a educação da vida cotidiana é fruto do reconhecimento do potencial educativo da situação de trabalho”, quando transformamos as situações diárias em aprendizagem e analisamos reflexivamente os problemas, valorizando o próprio processo de trabalho no seu contexto intrínseco, para a sua transformação e qualificação.

A qualificação, por sua vez, de acordo com Ceccim; Feuerwerker (2004), passa pela reflexão crítica sobre o trabalho, permitindo a sua transformação e reorganização, por meio da problematização das experiências, passando pela subjetividade e por relações estruturadas entre as pessoas envolvidas nos processos de atenção à saúde.

Para produzir mudanças de práticas de gestão e de atenção, é fundamental que sejamos capazes de dialogar com as práticas e concepções vigentes, que sejamos capazes de problematizá-las – não em abstrato, mas no concreto do trabalho de cada equipe – e de construir novos pactos de convivência e práticas, que aproximem os serviços de saúde dos conceitos da atenção

integral, humanizada e de qualidade, da equidade e dos demais marcos dos processos de reforma do sistema brasileiro de saúde, pelo menos no nosso caso. Cresce a importância de que as práticas educativas configurem dispositivos para a análise da(s) experiência(s) locais; da organização de ações em rede/em cadeia; das possibilidades de integração entre formação, desenvolvimento docente, mudanças na gestão e nas práticas de atenção à saúde, fortalecimento da participação popular e valorização dos saberes locais (CECCIM, 2005a, p.165).

Se compreendermos a “troca” como prática dialógica e reflexiva de socialização do conhecimento, de experiências e vivências, reafirmamos a necessidade do estabelecimento da educação permanente em saúde como processo coletivo da construção e re-construção do conhecimento.

Como proposta estratégica para a transformação dos processos formativos e práticas em saúde, a EPS tem como pressuposto que, para aprender, não basta inferir ou ‘transferir’ conhecimento, “é preciso criar um ambiente propício à construção compartilhada do conhecimento, quando o ‘escutar’ se torna mais importante que o ‘falar’” (ARRUDA, 2008, p. 519).

Na proposição e condução de processos educativos como a EPS, consideramos e validamos os diferentes conhecimentos dos diferentes atores/autores na construção de um novo ou renovado conhecimento, conforme destaques:

“Qualquer conhecimento é válido” (AMOR PERFEITO)

“Pode ter alguém da comunidade que pode ensinar alguma coisa pra gente, ex. plantas medicinais” (ROSA)

“O conhecimento se troca durante a atualização” (GIRASSOL)

Na concepção dialógica da educação apresentada por Freire, não existem saberes maiores ou saberes menores e sim saberes diferentes, não hierarquizados. Dessa forma, são considerados relevantes todos os saberes elaborados em experiências e vivências, o chamado “saber de experiência feito”. No entanto, destaca o autor que respeitar

esses saberes não é limitar o ato educativo a esse saber, mas dialogar com ele, problematizá-lo, visando à elaboração de novo saber.

Na lógica da EPS, na proposição da atualização e transformação das práticas nos serviços, alertamos para a valoração do ‘conhecimento’ e a reflexão sobre o contexto em que esse “qualquer/todo” conhecimento deve ser considerado, já que incorremos no risco da acomodação do “qualquer conhecimento é válido”.

Dessa forma, retomamos Ceccim, ao apontar que a prática educativa da EPS se dá com um “desconforto”, inquietação frente ao que se apresenta e na reflexão e desejo de saber mais, quando nosso “conhecimento válido” já não nos é suficientemente “válido”.

Partir do saber que os educandos tenham não significa focar girando em torno deste saber. Partir significa pôr-se a caminho, ir-se, deslocar-se de um ponto a outro e não *ficar, permanecer*. [...] *Partir* do “saber de experiência feito” para superá-lo não é *ficar* nele (FREIRE, 2008d, p. 70-71)

“[...] primeiro tu tem o conhecimento, troca, atualiza e depois tu vai ter um conhecimento novo” (ORQUIDEA)

“[...] todo mundo já tem o seu saber, seu conhecimento e que pra gente se atualizar, esse conhecimento tem que ser trocado, isso tem que ser uma coisa contínua, e é uma forma de nos valorizarmos, mas pra isso a gente tem que estar aberto para aceitação e se motivar, porque ninguém troca nada, ninguém muda nada se não está motivado” (ROSA)

Nessa lógica, consideramos que deve caminhar a EPS, como um processo educativo envolvente, dinâmico, crítico e reflexivo da realidade e do processo de trabalho, possibilitando as trocas dos diferentes saberes, a atualização das práticas e a esperada transformação e qualificação da atenção à saúde.

6.1.3 - A aprendizagem significativa, a partir da realidade e necessidades identificadas - “[...] a educação permanente tem muita a ver com a realidade que eu ‘to’ vivendo, com aquilo que surge como necessidade”.

A Educação Permanente em Saúde (EPS), como proposta pelo MS, adota como pressuposto pedagógico a aprendizagem significativa, ou seja, a organização e previsão de processos educativos estruturados com problematização dos processos de trabalho, permitindo, dessa forma, que o aprendizado se dê de maneira ativa e significativa entre os envolvidos (ARRUDA, 2008).

De acordo com Ceccim (2005a), a EPS apresenta-se como estratégia às transformações do trabalho, para que este se torne local de atuação crítica reflexiva, propositiva, compromissado e tecnicamente competente, devendo partir da realidade e necessidades observadas no espaço do trabalho, envolvendo trabalhadores, gestores, formadores e controle social no processo educativo.

Os projetos de educação, mais do que nunca, devem estar em consonância com os interesses de todos os envolvidos, ou seja, devem atender aos anseios e necessidades daqueles que vão participar aos objetivos da instituição (MEIRA, 2007, p. 55).

Ao abordarmos a educação permanente, apontamentos sobre suas motivações surgiram nas representações da realidade e necessidades educativas do trabalho, conforme apresentamos:

*“[a EPS] acho que tem que ser a partir de uma necessidade”
(GIRASSOL)*

“[...] quando a gente dá uma aula, por exemplo, a gente estuda de uma maneira que nunca mais esquece e aprende pra valer, então é porque você tem a necessidade de mudança daquele comportamento naquele momento e você tem que modificar tua forma de agir” (ROSA)

Tais apontamentos são coerentes com a literatura encontrada. Mancia (2004) destaca que, na EPS, as necessidades de conhecimento e a organização das demandas educativas são geradas na realidade do processo de trabalho e, como tal, devem-se ter como referência as

necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde.

Destacamos que a realidade vivida e sentida pelos profissionais dos serviços foi apontada pelos participantes como ponto de partida para a aprendizagem significativa, premissa à educação permanente e transformação efetiva, uma vez que deve surgir nessa e a partir dessa (realidade).

Em acordo ao achado, parafraseamos REIBNITZ *et. al.* (2009, p. 126), que aponta que “Os processos educativos requerem a participação ativa dos trabalhadores, sendo construídos a partir de suas realidades, de suas concepções e de suas relações, tomando o processo de trabalho como objeto de suas reflexões”.

Nessa lógica, relacionamos e destacamos a PNEPS, que propõe a compreensão do processo de educação permanente em saúde como um processo de aprendizagem-trabalho, que parte e se realiza no cotidiano das pessoas e das organizações, a partir dos problemas enfrentados na realidade, considerando os conhecimentos e as experiências prévios. Logo, os processos de educação dos trabalhadores ocorrem com a problematização do processo de trabalho (BRASIL, 2009).

Em acordo com a PNEPS, consideramos, ainda, que as necessidades de formação e desenvolvimento sejam pautadas pelas necessidades de saúde das pessoas e populações, objetivando a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho.

Atentamos para as proposições da educação permanente como processo educativo no, em e com o trabalho, as quais suscitam a compreensão do contexto e realidade em que este se processa e no levantamento das necessidades, demandas e prioridades educativas a serem problematizadas e trabalhadas nas equipes de saúde, conforme apontamento que destacamos neste estudo:

“Mas eu acho que a questão da educação permanente ela vai muito com a realidade, [...] a realidade é uma coisa que muda muito, e vai de acordo com a realidade de cada local. [...] Vamos fazer uma capacitação lá de anemia, anemia tudo bem...é uma coisa real em quase todos os lugares, mas de repente lá no meu espaço, anemia eu não tenho, então pra mim a educação permanente tem muita a ver com a realidade que eu ‘tô’ vivendo, com aquilo que surge como necessidade. Ela tem que ser programada e tem que ser contínua [...] tem que ser muito dinâmica” (ROSA)

A compreensão da educação como processo permanente de construção e reconstrução do conhecimento para a vida, agregando valores aos campos profissional e pessoal, foi, da mesma forma, apontada quando na abordagem do tema.

“Acho que é o peso da educação permanente, é que ela não se agrega só ao campo profissional ela se agrega pra vida” (ROSA)

Como produto das discussões e apontamentos obtidos na oficina realizada, a fim de contemplar o objetivo da compreensão dos enfermeiros sobre a educação permanente, destacamos o conceito de educação permanente elaborado pelos participantes:

“A partir do conhecimento de cada indivíduo, facilitado pela aceitação, ocorre a troca do saber e a atualização contínua do conhecimento, buscando a valorização pessoal.”

6.2 NÍVEIS DE INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO

“A partir das mudanças relacionadas à articulação entre trabalho e educação, os seres humanos transformam-se, formam-se e aprendem, individualizando-se enquanto seres históricos, sociais e éticos” (REIBNITZ et. al., 2009, p.111)

A integração ensino-serviço (IES), compreendida como recurso para as transformações na formação e nas práticas dos serviços vem sendo estabelecida pelos setores da educação e saúde, objetivando a qualificação da atenção à saúde no Brasil.

Conforme destacam Olschowsky e Silva (2000), o estabelecimento de relações de integração entre instituições de ensino e serviços de saúde favorecem e qualificam a formação e utilização dos recursos humanos em saúde, produzindo conhecimento e melhoria na assistência, ensino e pesquisa.

Na mesma lógica, apresenta-se a Educação Permanente em Saúde (EPS), que encontra na Integração Ensino-Serviço importante aliada no alcance de seu propósito - a problematização e transformação dos processos de trabalho produzidos nos serviços, para a qualificação da atenção.

Estudar as relações e contribuições da IES para a EPS, na compreensão do serviço permite-nos reafirmar isso, como pressuposto já apresentado, que a IES constitui um dispositivo instituinte para a EPS.

A educação permanente em saúde é pautada por uma Política Nacional, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), que apresenta princípio educativo da aprendizagem no e para o trabalho, propondo o estabelecimento de relações entre os setores educação e saúde, bem como a criação de espaços de discussão e construção coletiva.

Torna-se, então, condição fundamental à PNEPS a integração ensino-serviço, articulando o mundo da escola com o mundo do trabalho. Essa integração, no entanto, não se concretiza apenas no uso dos serviços como campos de estágio, mas sim como “cenários de aprendizagem” com potencialidade de pensar problematicamente e reorientar práticas de ensino e de cuidado em processos de co-gestão.

Davini *in* Brasil (2009) aponta a existência de teorias para a compreensão dos processos de aprendizagem e mudanças nas organizações, aplicadas aos processos de trabalho, com destaque à Teoria de Bateson (1991), que apresenta diferentes níveis de aprendizagem nas organizações, a seguir relacionadas.

Aprendizagem de Nível I – A aquisição ou extinção de um hábito supõe a adoção de um comportamento para ajustar as relações entre o indivíduo e a organização, ajustando suas práticas as práticas do grupo. Nesse nível de aprendizagem, **não há reflexão sobre essas práticas**. Implica a adoção de rotinas de trabalho de grande estabilidade no tempo, caracterizando o habitual “sempre fiz/foi assim”.

Aprendizagem de Nível II – quando uma situação crítica ou a comparação entre as práticas realizadas entre colegas **conscientiza o indivíduo da necessidade de reformular** alguns comportamentos, adquirindo outra maneira de relacionar-se ou atuar no seu espaço de trabalho.

Aprendizagem de Nível III – destacada pela autora como “*difícil e rara*”, a aprendizagem nível III é a **análise do próprio contexto**, fruto de reflexão sobre situações e comportamentos. “Interpreta o contexto organizativo que permite o surgimento e a sobrevivência de determinados comportamentos que se desejaria modificar” (DAVINI *In* BRASIL, 2009, p.48).

Pensar a EPS como processo educativo – ensino/aprendizagem no espaço do trabalho nos permite remeter os apontamentos dessa teoria ao campo das relações estabelecidas entre o ensino e os serviços e o envolvimento e EPS a partir destas.

Ao abordarmos a integração ensino-serviço, a fim de contemplar um dos objetivos propostos nesta pesquisa, destacamos as percepções, vivências e experiências relatadas pelos enfermeiros participantes, na construção dos **Níveis de Integração Ensino-Serviço** como categoria de análise. Assim, identificamos e organizamos três subcategorias representativas dos achados desta pesquisa, sendo elas: **Eu, enfermeiro: “expectador”**; **Eu, enfermeiro: envolvido no processo/ensinando**; **Eu, enfermeiro: comprometido com a proposta/aprendendo**.

Considerando a proposta de pesquisa junto aos enfermeiros, destacamos e focamos a análise da compreensão e ‘participação efetiva’ (ou não) dessa categoria profissional, no processo de integração ensino-serviço estabelecido entre Unochapecó e SSA. No entanto, os achados e apontamentos não se limitam a esses profissionais, conforme apresentaremos na terceira categoria - item 6.3.

Na identificação dos níveis de integração ensino-serviço ora apresentados e na classificação de suas sub-categorias, observamos o envolvimento do enfermeiro, ora como ‘expectador’ do processo, ora como parte da ‘equipe de apoio/produção’, organizando os espaços e cenários e ainda, como ator/autor, tomando parte da e na peça que se desenvolve.

6.2.1 Eu, enfermeiro: “expectador”

As estratégias para concretização da integração entre instituições de ensino (nesse caso universidades) e os serviços de saúde se dão de maneira formal, através da elaboração de contratos e convênios (gestão), mas também a partir das relações estabelecidas entre docentes, estudantes, profissionais e grupos da comunidade (SILVA, *et. al.*, 2009).

Dessa forma, reafirmamos a importância da participação e do envolvimento de todos os atores/autores envolvidos no processo de integração e educação permanente.

De acordo com Olschowsky; Silva (2000, p. 136), “integrar supõe estar aberto ao diálogo e ao debate, aceitar as divergências para que os atores dessa prática possam construí-la/reconstruí-la em novos patamares”.

Assim, a não abertura ou não aceitação ou envolvimento de um dos segmentos acima citados pode incorrer em prejuízos à efetividade

dos processos e objetivos a que a instituição de ensino e o serviço de saúde acordam e propõem.

O estabelecimento de convênio entre Prefeitura Municipal de Chapecó, através da Secretaria da Saúde e a Unochapecó, permite a inserção acadêmica nos espaços do serviço, no entanto, não garante a efetividade das ações e as “transformações” desejadas nos contextos da formação ou das práticas do serviço.

Permitimo-nos esta análise por identificar, através dos dados coletados, como citado, diferentes níveis de integração ensino-serviço instituídos nos serviços de saúde de Chapecó, em que o envolvimento ou o “papel” profissional pode se restringir à aceitação (ou não) do convívio com a academia (docentes e discentes) em seu espaço de trabalho / cenários de aprendizagem.

“Nem todos os profissionais aceitam isso (a presença dos acadêmicos nos serviços)” (ORQUIDEA)

“A aceitação da equipe toda em si (tem aumentado), porque [...] no início eles não queriam que chegasse mais perto, agora não, agora 'é' poucos, eu vejo também no pronto atendimento [...]” (CAMÉLIA)

“(nos últimos anos) a aceitação dos pacientes também (tem aumentado), porque no início, foi difícil” (MARGARIDA)

“O que eu percebo, lá na minha equipe, por exemplo... eu recebi vários alunos, a equipe em si, uns recebem bem, outros nem tanto. Os médicos da equipe, com o VIM, foi um horror sabe, eles não querem nem ver alunos passar na frente! A (acadêmica) da nutrição foi fazer entrevista, não podia [...]” (ORQUIDEA)

Entendemos e nos referimos, em acordo com a Rede Unida (2006b), aos cenários de aprendizagem não somente aos locais onde são realizadas as práticas, mas aos sujeitos envolvidos, à natureza do conteúdo, às inter-relações entre método pedagógico, áreas de práticas e vivências, tecnologias e habilidades cognitivas e psicomotoras.

A construção desses espaços ocorre através da incorporação dos docentes e acadêmicos no processo de produção do serviço, produzindo mudanças nesse processo sem, no entanto, descaracterizar sua natureza. É necessário, portanto, estabelecer relações de cooperação e parceria entre todos os atores/autores envolvidos, permitindo a incorporação de

diferentes realidades ao processo de ensino-aprendizagem, tornando-o rico e eficaz na produção do conhecimento, seja para acadêmicos ou profissionais (REDE UNIDA, 2006b).

Destaca, ainda, Rede Unida (2006a) que o nível de desenvolvimento da parceria ou “integração” pode variar. Algumas experiências demonstram a participação ativa dos serviços de saúde com seus profissionais desempenhando papéis de preceptores e supervisores de acadêmicos, contribuindo para a definição e organização das práticas dos acadêmicos e o desenvolvimento das atividades conjuntas. De outro lado, observam-se experiências em que o serviço tem se limitado a receber o acadêmico sem, no entanto, se envolver no processo de formação.

Por exercer função de gerência/coordenação das Unidades Básicas de Saúde de Chapecó, o enfermeiro destaca-se no estabelecimento das relações e organização dos processos de trabalho locais. Esse “papel” torna os enfermeiros/gerentes co-responsáveis diretos no estabelecimento de parceria, integração ensino-serviço e educação permanente em saúde em seus espaços de atuação. Dessa forma, o envolvimento e a participação da enfermagem/enfermeiros são determinantes na efetivação e sucesso das propostas, das transformações e da qualificação na atenção.

Na análise dos achados desta pesquisa, identificamos e apontamos um nível de aceitação passiva dos enfermeiros frente à “integração” que se apresenta, quando estes não se envolvem ou não se permitem envolver de forma mais efetiva na construção da IES, tampouco na possível educação permanente conseqüente desta.

“[os estudantes] chegavam: ‘bom dia, boa tarde eu to fazendo meu TCC, preciso de algumas informações’, ai depois tchau, fui...”
(MARGARIDA)

“[...] o profissional não tem obrigação de explicar tudo! [...] O profissional vai fazer uma coleta de preventivo e não vai ficar explicando tudo” (ORQUIDEA)

“[...] os alunos acham que a gente está só pra atender eles”
(LIRIO)

De acordo com Olschowsky; Silva (2000, p. 135), “operacionalizar melhor a integração é enfrentar e gerenciar os conflitos

do trabalho e das relações que dele decorrem, entendendo que as relações são construídas com momentos de maior ou menor abertura”.

Na lógica da EPS e, correlacionado aos níveis de aprendizagem apresentados por Bateson (1991), poderíamos considerar esse nível de integração como o nível de aprendizagem I, no qual as práticas acadêmicas se realizam nos serviços de saúde, mediante acordos e processos “rotineiros” de trabalho, sem envolvimento ou reflexão profissional sobre o processo de trabalho nos serviços ou reconhecimento de suas verdadeiras “funções/papéis” como atores e propositores na ordenação da formação ou na transformação – EPS e qualificação da atenção à saúde.

6.2.2 Eu, enfermeiro: envolvido no processo/ensinando

Para Silva *et. al.*, (2009, p. 90), “no contexto da integração educação-saúde, a transformação das práticas requer uma atuação coletiva e consciente para superar os desafios e criar oportunidades para a melhoria da atenção à saúde e para a qualificação do ensino”.

Considerando que todos os atores/autores (docentes, discentes, gestores, profissionais dos serviços e comunidade) envolvidos na produção do conhecimento e integralidade da saúde são responsáveis ou co-responsáveis e devem estar comprometidos tanto com a formação dos futuros profissionais quanto com o processo de educação permanente dos profissionais dos serviços, apontamos o estabelecimento da IES como espaço dinamizador e mediador à qualificação desejada.

O envolvimento dos profissionais, leia-se, neste estudo, enfermeiros, é observado na medida em que estes se reconhecem como partes do processo integrativo e educativo, integrando conhecimentos e refletindo sobre as práticas e o contexto, a fim de transformá-los.

Como citado acima, na construção da categoria e sub-categorias de análise dos níveis de integração ensino-serviço, identificamos, por vezes, o envolvimento dos enfermeiros voltado ao exercício de funções restritas à previsão e organização dos espaços e da clientela a ser atendida, ou ainda, de repasse de informações e conhecimentos aos acadêmicos, “ensinando-os”.

Classificamos, nesta pesquisa, este nível de integração como intermediário – nível II, quando a observação de uma situação crítica e/ou a comparação entre práticas realizadas leva a reformulação de comportamentos ou rotinas no serviço de saúde sob sua gerência.

“[...] há 3 anos atrás, quando começou a medicina, [...] os alunos vinham e a gente acompanhava eles, fazendo as atividades, com tais famílias, tais pacientes. Já tinha essa parceria!” (CAMÉLIA)

“Chega o estagiário, a gente passa as crianças, passa as visitas. Ali eu interagi a favor dele.” (CAMÉLIA)

*“A gente sabe muitas coisas que eles fazem [...]”
(MARGARIDA)*

“[o PET busca as pessoas que trabalham na rede] pra mostrar a realidade pro aluno, que hoje está na atenção básica” (ORQUIDEA)

“É Importante o aluno ter todos os modelos porque o aluno vai escolher. Por exemplo, todos nós que fomos alunos, gente tinha um modelo de enfermeiro, que a gente se espelhava, ele vai formar esse modelo pra ele. Talvez ele seja mais um igual a esse que está lá, talvez ele mude vendo essas atitudes” (LÍRIO)

“A participação dos alunos nas campanhas, eles acompanham” (ORQUIDEA)

Relacionando ao contexto de uma peça teatral, arriscaríamos dizer que, nesse nível de integração, o enfermeiro desempenha papel de facilitador, como parte da equipe de apoio que prevê, organiza e oferece oportunidade para o desenvolvimento das atividades. Por sua função de ‘gerente’ do serviço, o enfermeiro, por vezes, reorganiza as práticas e demandas, reformula as rotinas, em razão da presença da academia sem, no entanto, refletir sobre elas.

Cabe destacar, como já citado, que, da amostra participante desta pesquisa – 13 enfermeiras, 09 desempenham função de gerência e assistência de UBS e 04 desempenham somente função assistencial, sendo que, ao longo da realização das oficinas, permaneceram na pesquisa, com frequência regular, 06 gerentes/assistentes e apenas 01 assistente (03 destas não retornaram aos encontros seguintes, 02, segundo elas, por não liberação da gerência da UBS).

A análise da participação e permanência dos enfermeiros participantes nesta pesquisa nos permite refletir sobre o ‘verdadeiro’ envolvimento destes como profissionais comprometidos com a permanente avaliação dos processos de trabalho, revisão e atualização

das práticas de enfermagem e EPS das equipes sob sua supervisão ou que compõem. Apontamos para a relação estreita de suas funções e envolvimento com a academia, do ponto de vista gerencial e organizacional dos serviços para o desenvolvimento das atividades acadêmicas.

Ao ‘assumir’ a responsabilidade pelo envolvimento com a academia em nível local (mesmo em se tratando de acadêmicos de outros cursos da área da saúde), o enfermeiro, além de gerenciar o seu ‘querer’, gerencia a aceitação e ‘querer’ dos demais profissionais que compõem a equipe de saúde sob sua coordenação e da própria comunidade, o que o leva, muitas vezes, a limitar sua ‘participação’ a função de mediador do processo, organizando o cenário e amenizando conflitos sem, no entanto, se envolver efetivamente no processo de troca ou educação permanente.

“Agora a população está cobrando: Ah! Aqueles que vieram aqui e não voltaram!...” (ORQUIDEA)

“Daqui a pouco [os estudantes] vão fazer um trabalho com a comunidade, mas não interagem ‘com nós’ de volta” (MARGARIDA)

“A gente ta com o paciente todo mês, daí às vezes o aluno vai lá, diz que vai fazer alguma coisa e não volta [...] A população tem que entender que o aluno vai lá... algumas vezes ele só ‘tá’ conversando e não vai trazer alguma coisa. Ai eles estavam bravos... ficam esperando, e agora estão cobrando. Por ex, a estagiária de nutrição; mas sabiam que ela iria ficar só um semestre e iriam embora” (ORQUIDEA)

“Tem alunos que entram e nem conhecem a unidade, não sabem onde estão as coisas, então não teve uma boa integração, tem que falar de novo, sobre o nosso objetivo” (LIRIO)

Na lógica da EPS, pela proposta de consideração e valorização das práticas como fonte de problematização e conhecimento, os profissionais devem ser mais que receptores: devem mostrar-se reflexivos, participando e construindo o conhecimento para a transformação e qualificação destas. Da mesma forma, a equipe deve interagir, evitando a fragmentação de práticas ou conteúdos (DAVINI *In BRASIL*, 2009).

Como sujeitos ‘na’ e não ‘com a’ integração, os enfermeiros não se reconhecem, muitas vezes, como atores/autores, propositores de

novas formas de ver ou fazer na construção do processo integrativo, reclamando e apontando a integração que desejam.

“Tem alguns [estudantes] que vão lá fazem o trabalho, fazem o atendimento, mas a gente não tem uma resposta do que foi feito, nunca chega no final do dia e diz: ‘ó esse paciente nós fizemos isso e isso...’, porque é uma resposta até pra nós saber, não tem essa devolução pra equipe [...]” (ORQUIDEA)

“Nós tivemos estagiário da psicologia [...] e ela fez todas as visitas, todo um acompanhamento, acompanhou as pacientes dela, e depois antes de sair ela fez todo um relatório [...] depois ela veio dar toda uma devolutiva para nós” (MARGARIDA)

Observamos, a partir das falas acima destacadas, diferentes posturas acadêmicas no desenvolvimento e encaminhamentos das atividades realizadas na realidade dos serviços.

“A psicologia tem toda aquela questão que eles tem que começar e dar um fechamento” (ORQUIDEA)

“[...] (a devolutiva) depende do objetivo da disciplina” (ORQUIDEA)

Destacamos características e particularidades dos diferentes cursos de graduação da área da saúde, em que a psicologia se destaca pela devolução em forma de relatórios e “feedbacks” com os envolvidos.

Arriscamo-nos a sugerir que essa prática seja estendida a todas as disciplinas do curso de graduação em enfermagem, a exemplo do que já vem acontecendo com a disciplina de Gestão e Gerência em Saúde Coletiva, em que a demanda e necessidades dos serviços são considerados na programação e planejamento das atividades desenvolvidas, bem como o retorno das informações, previsto nos objetivos da disciplina.

Os apontamentos abordando as dificuldades de integração entre ensino e serviços de saúde em Chapecó abriram discussões no grupo, permitindo, em um momento de educação permanente, a reflexão e proposição de ações para o fortalecimento das relações, conforme abordado no item 5.2.1 (pré-análise), a lembrar: previsão de momentos de educação permanente para os profissionais do serviço, quando na realização de cada inserção acadêmica teórico-prática, possibilitando

trocas e atualização e desenvolvimento profissional; devolutivas das ações desenvolvidas junto à comunidade como parte de um sistema de referência e contra-referência e a proposição e organização de estágios sequenciais, ainda que se trate de uma mesma disciplina.

Observamos, no entanto, que tais apontamentos são ainda incipientes, restringindo-se à lógica da “recepção” do pensado, do feito e do pronto.

6.2.3 Eu, enfermeiro: comprometido com a proposta/aprendendo

O novo ordenamento e a demanda apresentados pelo sistema de saúde brasileiro requer, necessariamente, uma integração ensino-serviço efetiva. Devem-se estabelecer não apenas os serviços e seus territórios como cenários de aprendizagem formadores de profissionais, mas, sobretudo, a academia como “provocador” profissional, oferecendo oportunidade aos trabalhadores para repensarem suas práticas, transformando-as e qualificando a atenção à saúde no SUS.

O nível de desenvolvimento e estabelecimento de relações de integração ensino-serviço determina, nesse contexto, o quão efetiva será a participação e o envolvimento dos profissionais na abertura para o novo, para a ‘troca’ e a reflexão das práticas, de forma a alcançar a transformação desejada.

A Educação Permanente no Serviço é o enfoque educacional reconhecido como sendo o mais apropriado para produzir as transformações nas práticas e nos contextos de trabalho, fortalecendo a reflexão na ação, o trabalho em equipes e a capacidade de gestão sobre os próprios processos locais (DAVINI *In* BRASIL, 2009, p. 57).

Para Paschoal *et. al.*, (2007), a educação permanente consiste no desenvolvimento pessoal que deve ser potencializado, a fim de promover, além de capacitação técnica específica, a aquisição de novos conhecimentos, conceitos e atitudes, sendo, portanto, intrínseca. É o aprender constante em todas as relações estabelecidas entre os envolvidos no processo de educação.

Entendida como aprendizagem no trabalho, a EPS compreende, dessa forma, o aprender e o ensinar, incorporados ao cotidiano do

trabalho. Para tanto, é preciso que os profissionais conheçam e compreendam a EPS, discutam e reflitam sobre seu processo educativo, aproximando-a de seu real significado, para que se alcance a visão de co-responsabilidade profissional pelo processo de trabalho (REIBNITZ *et. al.*, 2009).

Uma política de educação em saúde envolve profissionais, estudantes, docentes, pesquisadores, gestores do serviço e do ensino e comunidade, na formulação de pactos e políticas, na produção de práticas e na construção de redes sociais, produzindo e comprometendo-se com o desenvolvimento do território como localidade de produção do trabalho na saúde e da promoção em saúde (REIBNITZ *et. al.*, 2009, p. 127).

Ao considerar que o processo de formação dos profissionais da saúde não se restringe à academia e tampouco deve se limitar a ela, é necessário que os profissionais dos serviços estejam preparados para uma aprendizagem ao longo de sua trajetória profissional e de vida, percebendo e reconhecendo na integração com a IES, possibilidades de reflexão e crescimento.

[...] eu tive duas estagiárias de enfermagem [...] elas me indagavam de tudo! [...] Elas me perguntavam uma coisa e eu não sabia, [...] no outro dia eu tinha que ir procurar e trazer a resposta. Por que? Porque os alunos perguntam muito! [...] Elas indagavam tudo, e se eu não sabia responder aquilo, aquilo fazia com que naquele momento [...] eu procurasse responder. [...] A gente no dia-a-dia, você vê uma coisa diferente, e a gente não vai atrás! As vezes tu passa por uma doença daquele paciente e tu não vai atrás para pesquisar.(ORQUIDEA)

(a presença da academia nos serviços) Faz tu pensar [...] buscar.(CAMÉLIA)

[a IES contribui para a EP] pela visão, mais qualidade. [...] Às vezes a gente tem só aquela visão mesmo, 'daí' tu vai pro serviço e vê como que é, tu melhora o atendimento. E leva a visão pro profissional de que você está lá só fazendo. [...] O acadêmico faz tu pensar. [...] Na realidade tu 'tá' 'lá' só fazendo, daí chega um acadêmico e te questiona

certas coisas, isso faz também a gente parar e pensar, de como tu 'tá' fazendo.(ORQUIDEA)

A própria enfermagem eu acho interessante... Quando tem estágio, pros auxiliares é interessante, pois tem funcionários que são antigos e fazem todas as coisas daquele jeito que nem é o jeito mais certo, porque 'tá' anos fazendo daquele jeito, daí chega o acadêmico e mostra qual é o jeito mais correto... é aquele outro. Daí ele (o profissional) pára pra pensar até de como que ele está fazendo e porque às vezes a pessoa faz daquele jeito.(ORQUIDEA)

Vislumbramos na presença acadêmica nos serviços, a partir do estabelecimento da IES, a possibilidade para a continuidade da educação e da permanente construção e reconstrução do conhecimento dos enfermeiros, dando pistas à Educação Permanente em Saúde, em seu verdadeiro propósito.

Como vertente pedagógica, a EPS reconhece que os serviços de saúde são organizações complexas em que somente a aprendizagem significativa será capaz da adesão dos trabalhadores aos processos de mudança no cotidiano e transformação das práticas (CECCIM, 2004). Essa aprendizagem, por sua vez, requer a problematização da realidade e o reconhecimento de todos os atores/autores envolvidos no processo educativo.

A percepção dos profissionais como 'sujeitos integrantes' da proposta de mudança e qualificação do ensino e do serviço permite a eles estabelecerem relações efetivas de participação e envolvimento nas discussões, construção e proposição dos processos, formativo e educativo.

Dessa maneira, remetendo as discussões da IES estabelecida nos/com os serviços de saúde e com os enfermeiros participantes desta pesquisa, identificamos importantes apontamentos no que tange a participação e envolvimento dos profissionais no planejamento, este, dialógico, das atividades acadêmicas desenvolvidas nos espaços das práticas.

As (acadêmicas) da nutrição chegam e dizem: o que vocês precisam? Então a gente fez uma reunião e decidiu que elas tinham que fazer um trabalho com pacientes hipertensos no interior. E elas fizeram [...] (ORQUIDEA)

Tem uma pessoa (o profissional) que trabalha ali, acompanhando os alunos novos que chegam, porque quem está dentro de uma Unidade de Saúde sabe muito bem o que precisa (MARGARIDA).

Então espera aí... a Unidade é escola? Então vamos conversar, programar, eu não vou disputar de maneira nenhuma... eu só vou adequar nosso espaço de atendimento (TULIPA).

Fagundes (2007) destaca que o estabelecimento de políticas de educação permanente a partir do estabelecimento de relações e integração entre o ensino e o serviço requer uma redefinição ou ampliação dos papéis tradicionalmente desempenhados por esses dois setores individualmente, sendo uma dessas possíveis (re)definições a necessidade da descentralização da pesquisa. Destaca a autora que ter pessoas competentes nos locais de serviço para levantar problemas, refletir e questionar o trabalho é fundamental para o desenvolvimento de programas de educação permanentes mais articulados às necessidades dos trabalhadores e demandas do SUS.

Ao abordarmos junto aos participantes quais seriam as contribuições da IES à EPS, a fim de contemplar o alcance do objetivo proposto na pesquisa e apontar caminhos ao atendimento das necessidades em EPS referidas pelo grupo, identificamos apontamentos na direção da revisão das práticas desencadeadas pela visão crítica e disponibilidade dos acadêmicos inseridos nos serviços.

A gente às vezes na correria não tem tanto tempo para ouvir (os pacientes) e eles acabam tendo mais tempo de ouvir (TULIPA)

Até da própria visão, porque às vezes o aluno tem uma visão que é diferente dos profissionais (ORQUIDEA)

As vezes (o estudante) ele tem uma visão mais crítica do que a gente [...] ele tem aquela visão de como tem que ser, então as vezes eles também mostram, de repente, determinadas coisas que para nós acabam parecendo que já é... como a gente já está trabalhando. Eles às vezes enxergam de uma maneira mais crítica. (ORQUIDEA)

Como atores representando a PNEPS no cotidiano do trabalho, os enfermeiros devem, a partir de um processo educativo, refletir suas

práticas, criando redes sociais de trocas e integração para a identificação das necessidades e proposição de mudanças e transformação.

Em um nível elevado de envolvimento e integração, profissionais e estudantes trocam e permitem-se a reflexão das práticas e processos vivenciados no trabalho, seja com objetivo de conhecimento (formação acadêmica) ou reconhecimento (educação permanente), leitura ou re-leitura da realidade.

[...] por mais que às vezes você 'tá' ali no dia-a-dia, você não percebe, não tem percepção de algumas coisas, não tem aquela visão, às vezes de alguns pacientes que precisam mais, ou trabalhar mais em cima daquele serviço ou dar mais atenção para os diabéticos, ou para as gestantes, e às vezes eles apontam para a gente. (CAMÉLIA)

As reflexões das práticas e comportamentos, o envolvimento e participação nas discussões e proposições e mais, o reconhecimento de seus papéis como integrantes nos processos de educação e formação nos permitiria arriscar co-relacionar esse nível de integração ao mais alto nível de aprendizagem apresentados por Bateson (1991), ou seja, o nível III. No entanto, devemos reconhecer, como destaca o autor, tratar-se de um nível de difícil alcance, dada a magnitude de suas concepções e compreensão.

A participação dos enfermeiros em estratégias de integração como o PET-Saúde aproximou-os da academia, com o desenvolvimento de projetos de pesquisa fundamentados nas realidades e necessidades do serviço, instrumentalizando-os para a teorização e reflexão das práticas. No entanto, arriscamo-nos apontar que o envolvimento e a troca de conhecimentos permanecem limitados ao enfermeiro, não havendo reflexos na educação permanente das equipes de saúde que integram ou sob sua gerência.

Da mesma forma, a análise nos mostrou que o envolvimento e a integração do ensino com o serviço estão limitados à aproximação e reconhecimento dos papéis dos enfermeiros/gerentes dos serviços e acadêmicos dos diferentes cursos de graduação da área da saúde que transitam pelos cenários de aprendizagem. São observadas lacunas na participação de docentes e gestores nas discussões, desenvolvimento, construções e proposições em IES e EPS, o que abordaremos na categoria de análise apresentada a seguir.

6.3 A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE – O ATO FINAL

”Os sujeitos que transitam no espaço do trabalho necessitam comprometer-se com o processo de educação permanente” (REIBNITZ et. al., 2009).

A implementação da política de educação permanente impõe um grande desafio: o de provocar a qualificação das ações de saúde nos contextos loco-regionais e ao mesmo tempo gerar novos conhecimentos, os quais, por sua vez, poderão impulsionar novas e renovadas práticas em saúde (REIBNITZ *et. al.*, 2009).

A Educação Permanente em Saúde (EPS) difere-se de outros processos educativos, pelo potencial de transformar saberes e práticas cotidianas na perspectiva da qualidade do SUS e a incorporação dos diferentes atores/autores nessa construção. Dessa forma, “é possível diminuir a distância entre política e atores, entre formuladores e executores, através do fomento a uma cultura crítica, democrática e comprometida com o SUS” (ALBUQUERQUE, 2007, p. 47).

Para Davini *in* Brasil (2009), a educação permanente não modifica “partes”, mas se refere às instituições, vinculadas a papéis e representações internalizadas de cada um dos envolvidos: gestores, profissionais, docentes e acadêmicos. Para a autora, a mudança e o aprendizado nas organizações de trabalho, como proposto pela EPS, supera amplamente o papel tradicional atribuído à educação do pessoal, convertendo-a em uma ferramenta de intervenção institucional.

Para entender como o aprendizado se converte em ação, no âmbito de uma organização [serviço], é necessário conhecer os elementos que apóiam a persistência e a mudança institucional, razão pela qual se faz necessário revisar: o próprio conceito de trabalho enquanto espaço não neutro, com regras de jogo instaladas historicamente, exercendo influência sobre as condutas de maneira implícita e explícita; os próprios sujeitos, considerando que as regras a modificar estão incorporadas em seus modos de pensar, sustentando hábitos de trabalho de grande estabilidade no tempo. (DAVINI *In* BRASIL, 2009, p. 51)

Destaca Ceccim (2005b) que os atores/autores que participam da execução das políticas de formação e das políticas intersetoriais de educação permanente em saúde precisam estar, da mesma forma, entre os atores da negociação, da pactuação e da aprovação. Muitos destes, conforme destaca o autor, são tendencialmente afastados dessa “convocação” ou previsão de atuação protagonista direta.

Uma política de educação para o SUS envolve não somente o desenvolvimento dos profissionais de saúde que já estão trabalhando no SUS; envolve estudantes, docentes, pesquisadores, gestores de ensino e gestores de informação científico-tecnológica que estão em seus respectivos nichos ocupacionais, de formulação de pactos e políticas ou de produção de práticas e redes sociais (CECCIM, 2005b, p. 983).

Nessa lógica e, considerando a proposição e característica da EPS, de envolvimento de todos, formuladores e executores, na construção da proposta e desenvolvimento do processo, alertamos sobre a ‘real’ participação destes no estabelecimento da IES e EPS nos serviços municipais de saúde de Chapecó, levando-nos a refletir como gestores, profissionais dos serviços, docentes e acadêmicos envolvem-se e comprometem-se com a IES e EPS.

Neste ensaio, arriscamo-nos a relacionar, a exemplo de Ceccim, a educação permanente em saúde (a partir da integração ensino-serviço) a uma peça de teatro, que ocorre em um cenário (serviços municipais de saúde), escrita pelos formuladores/propositores do processo (MEC, MS), re-escrita e repensada, conforme as realidades locais, e representada por atores/autores (profissionais dos serviços, docentes, acadêmicos e comunidade), organizada e ‘dirigida’ por diretores (gestores), estes, encarregados dos contatos e articulação do elenco, das cenas e do suporte (cenários), garantindo o desenvolvimento e a consistência do enredo.

Destacamos que, para que de fato a PNEPS se efetive juntos aos profissionais dos serviços, faz-se necessária real integração entre instituição de ensino e serviço de saúde. Conhecedores dos princípios e cientes de seus papéis e responsabilidades na EPS, ensino e serviço devem articular e desenvolver programas e projetos conjuntos e coerentes ao que propõe a referida política.

A análise dos dados coletados nos permitiu a construção da **Educação Permanente em Saúde – o ato final** como categoria de

análise, em que identificamos os papéis e funções de cada representação no desenvolvimento da proposta, constituindo três subcategorias: **atores/autores invisíveis – docentes ausentes; a equipe de saúde como figurante - mediando o processo integrativo; e a condução e direção pelos gestores / instituição do serviço**, sobre as quais discorreremos abaixo.

6.3.1 Atores / Autores invisíveis – docentes ausentes

A Educação Permanente em Saúde, tal como proposto pela PNEPS, parte de um desafio de que a formação e o desenvolvimento profissional em saúde devem ocorrer de modo descentralizado, ascendente e transdisciplinar, ou seja, em todos os locais, envolvendo vários saberes. Dessa forma, espera-se, entre outros, o desenvolvimento da capacidade de aprender e de ensinar de todos os atores envolvidos e o desenvolvimento do trabalho em equipe matricial, este último fundamental para o atendimento das diferentes necessidades em saúde, individuais e coletivas, a partir da articulação dos diferentes saberes (BRASIL, 2005a).

Se somos atores ativos das cenas de formação e trabalho (produtos e produtores das cenas, em ato), os eventos em cena nos produzem diferença, nos afetam, nos modificam, produzindo abalos em nosso “ser sujeito”, colocando-nos em permanente produção. O permanente é o aqui-e-agora, diante de problemas reais, pessoas reais e equipes reais (CECCIM, 2005a, p.167).

Considerando a proposição de que todos os atores/autores devem ser ativos na construção de propostas e estratégias de EPS nos serviços de saúde e, partindo do pressuposto (já apresentado) de que a IES, a partir da inserção da academia nos cenários de aprendizagem, constitui-se em um dispositivo instituinte para EPS nos serviços de saúde onde se desenvolvem, reafirmamos a importância da participação de gestores, profissionais, acadêmicos e docentes no processo.

A análise dos dados coletados nos levou a identificação do papel do docente como ‘ator invisível’, sendo timidamente referido ou representado quando nos apontamentos sobre os temas abordados.

“[...] vários estágios, ‘vou ‘ficá’ lá com a professora pra ver tal estágio’. [...] cada um vai com o seu objetivo e cumpre seu objetivo [...] quando eles podem participar, como os da nutrição e enfermagem, [...] daí faz com a equipe, mas não ‘é’ todos” (ORQUIDEA)

“[...] é tão pouco... não sei; é tão pouco que eles interagem! Eles se trancam dentro de uma sala, e interagem tão pouco [...] quando vai ter uma orientação por parte do professor, eles pedem uma salinha e fecham a porta! [...] uma conversa informal no corredor talvez sim, mas que eles te chamem pra conversar contigo, pra te dar alguma coisa, pra te dar sugestão ou pra perguntar. É muito pouco!” (TULIPA)

“Só no corredor! É pouco, é quase nada! Eles (docentes e acadêmicos) se fecham na sala e acabou!” (TULIPA)

“Os próprios professores não buscam interagir, eu noto isso. Se é algum profissional que trabalha na rede, tudo bem, já conhece o serviço. Mas quando vem alguém que não trabalha, eu acho bem complicado. Eu já presenciei assim da enfermagem com um profissional que não trabalha” (ORQUIDEA)

Pensar o docente como um dos elos da IES permite-nos refletir suas relações com o contexto, ou ainda, o não reconhecimento, por parte do próprio docente, de seu papel na EPS e transformações, não somente na lógica da formação, mas também dos profissionais do serviço.

Para Mendes *et. al.* (2000), o envolvimento compartilhado entre enfermeiros docentes e enfermeiros clínicos (dos serviços),

Constitui-se numa estratégia para a melhoria da qualidade da assistência prestada, para o desenvolvimento de investigações com conseqüente utilização dos resultados das pesquisas à prática e para a educação e formação do capital humano da área, sobretudo do enfermeiro, que deverá ser preparado para o ambiente de trabalho, voltado para o aprendizado, que ele encontrará em decorrência da tendência das organizações que na nova era têm a sua dinâmica fundamentada no conhecimento e na informação (MENDES *et. al.*, 2000, p. 47).

O estabelecimento de relações de parceria e integração, como já abordado neste estudo, perpassa pelo estabelecimento de relações entre instituições e pessoas. Ao pensarmos a EPS como a problematização e reflexão para a transformação das práticas e a IES como estratégia para sua concretização, pensamos essa integração como corrente cujos elos constituem os elementos centrais desse processo: gestores, profissionais, docentes, acadêmicos e comunidade.

A fragilidade de um deles pode comprometer a proposição do objeto, acarretando prejuízos aos objetivos inicialmente propostos.

Se, de um lado identificamos estreita relação entre profissionais e acadêmicos, por outro, observamos o quão frágeis estão as relações entre docentes e profissionais.

“Imagina eu lá com todas aquelas instalações que tinha que fazer, era pedreiro, era eletricista, a gente teve que correr atrás de tudo na primeira semana que estávamos lá, muita coisa pra fazer e todo mundo trabalhando pra tentar montar a Unidade, e eles (docente) atrás querendo saber quem eles iriam atender? que salas eles iriam ficar? porque não tinham feito um contato anterior, então ali tudo bem, eles são acostumados a vir e...” (TULIPA)

“A gente ‘tá’ fazendo integração só do lado da gente, ‘tá’ doando e o que ‘tão’ trazendo de integrado com a gente?” (MARGARIDA)

“É uma questão de formação profissional, pois nunca vi um docente que como educação permanente viesse e repassasse para nós alguma coisa. [...]. Para eles virem e pelo menos passarem alguma coisa pra gente, técnicas novas, nunca.[...]” (CAMÉLIA)

“Eles (docentes) devem ter bastante coisa atualizadas, e nem toda equipe está atualizada. Nunca vi isso, essa educação permanente específica” (CAMÉLIA)

“Pedir um momento na reunião de equipe, talvez [...]. Às vezes eles não fazem pra não se intrometer, eles acham que vão ser intrusos” (TULIPA)

Um das dificuldades identificadas para articular docentes e profissionais em um processo de parceria/integração efetivo são as diferenças entre as duas instituições (ensino e serviço) que mantêm suas

características e seus interesses divergentes. Quando a universidade prioriza o ensino e o serviço, objetiva primeiramente o atendimento aos usuários (OLCHOWSCHI; SILVA, 2000).

Mesmo com objetivo comum de qualificação da atenção no SUS, na prática, ensino e serviço mostram-se desconhecidos, desenvolvendo ações unilateralizadas em papéis, pessoas e poderes diferentes, tentando prevalecer uns sobre os outros.

“Cada um nos seus objetivos [...] o serviço tá preocupado com o serviço andar e os acadêmicos com aquele estágio naquele tempo, mas não assim que se pense junto, acho que cada um está focado no seu, é cada um dentro dos seus objetivos [...]” (ORQUIDEA)

“Fica cada um no seu foco” (MARGARIDA)

“Lá em Santa Maria o serviço tinha que anda da melhor forma possível, nem que o aluno ficasse um pouco no prejuízo, e depois no outro semestre ele corresse atrás ou fizesse estágio” (LIRIO)

As mudanças no sistema de saúde e as novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) apontam novas configurações para os padrões de educação em saúde no Brasil, indicando a necessidade de reestruturar a formação e a educação permanente dos trabalhadores. Essa reestruturação deve prever mudanças nas grades curriculares e nas estratégias educativas desenvolvidas pelos docentes que nelas atuam.

Apesar do projeto político-pedagógico do curso de graduação em Enfermagem da Unochapecó explicitar em sua redação uma proposta pedagógica de tornar o aluno crítico, criativo, reflexivo, como indicam as diretrizes curriculares, destacamos que, focar a EPS e a IES, focos deste estudo, possibilitou-nos refletir e apontar como subcategoria de análise a ação e relação do docente com o serviço no desenvolvimento de suas práticas educativas no contexto das práticas do serviço.

“Tem profissionais que não querem porque às vezes é mais difícil, e o aluno não ‘tá’ acostumado, e vai achar que não ‘tá’ certo. Vai depender de como esse aluno vai entender aquele atendimento, de porque você fez daquele jeito, vai achar que talvez você ‘devia’ ter feito um pouco mais” (ORQUIDEA).

“Dos médicos não aceitarem os alunos da medicina, perto deles [...]. O aluno de repente ‘vai ir’ observar uma consulta médica, o médico muitas vezes tem preguiça de se levantar e examinar o seu paciente, olhar e tocar e fazer. O aluno estando lá ele vai ter que ser obrigado,[...] isso incomoda muito o profissional. [...]. Ele (o profissional) esta lá fazendo o serviço só daquele jeito, se diz que tem dor de garganta... é dor de garganta e às vezes nem olha a garganta”
(ORQUIDEA)

Para Sudan (2008), é necessário que a universidade - leia-se nesta análise, os docentes -, busque a diversificação de cenários de ensino e aprendizagem em um conceito amplo, não somente referindo-se ao local onde se realizam as práticas, mas aos sujeitos envolvidos, à natureza e ao conteúdo das práticas desenvolvidas, para que a integração ocorra de fato, dando oportunidade para a problematização da realidade, as trocas de conhecimentos e a educação permanente dos profissionais.

Dessa forma, docentes devem reconhecer seus espaços e funções como “elo” da IES e EPS, mediando relações entre instituição de ensino e serviços de saúde, aproximando acadêmicos dos espaços e cumprindo seu papel educativo e “provocador” junto ao serviço.

6.3.2 A equipe de saúde como figurante - mediando o processo integrativo

A inserção do acadêmico nos serviços e vivências realizadas nos cenários de aprendizagem, possibilitada pela efetiva integração entre ensino e serviço, é fundamental para o desenvolvimento do conhecimento e formação do futuro profissional da saúde (REDE UNIDA, 2006a).

Conforme apresenta Rede Unida (2006b), os cenários de aprendizagem se referem não somente ao local onde são realizadas as práticas, mas aos sujeitos envolvidos, à natureza do conteúdo, às inter-relações entre método pedagógico, áreas de práticas e vivências, tecnologias e habilidades cognitivas e psicomotoras.

A construção desses espaços ocorre através da incorporação dos docentes e acadêmicos no processo de produção do serviço, produzindo mudanças nesse processo sem, no entanto, descaracterizar sua natureza. É necessário, portanto, estabelecer relações de cooperação entre todos os atores/autores envolvidos, permitindo a incorporação de diferentes

realidades ao processo de ensino-aprendizagem, tornando-o rico e eficaz na produção do conhecimento, seja para acadêmicos ou profissionais (REDE UNIDA, 2006b).

Na lógica da EPS, remetemos o processo de ensino-aprendizagem nos espaços das práticas/realidade, para a construção do conhecimento e desenvolvimento dos trabalhadores da área da saúde.

Entretanto, para que essas propostas de formação e desenvolvimento de profissionais voltados à assistência integral se consolidem, é necessário, como já citado, o estabelecimento de relações de parceria entre instituições de ensino e serviços de saúde. Com a articulação desses diferentes atores (gestores, trabalhadores de saúde, docentes, discentes e comunidade), ocorre uma troca de saberes de ambos os lados, o que corrobora para o fortalecimento do sistema no que se refere à qualificação da produção de saúde.

Mendes *et. al.*, (2000) apontam que o alicerce para o desenvolvimento e a sustentação de um ambiente de aprendizagem significativa consiste na produção e no intercâmbio contínuo de conhecimentos, sendo este oferecido pelo estabelecimento de parcerias.

A enfermagem, sensível a esta necessidade – de conhecimento, clama por parceria. Assim sendo, os enfermeiros precisam estabelecer uma visão e conseqüentemente uma ação para identificar e desenvolver alianças-chave de apoio recíproco entre as organizações acadêmicas e assistenciais de enfermagem o que se constitui num recurso para o progresso e valorização do profissional e da profissão nas dimensões do ensino, da pesquisa e da assistência (MENDES *et. al.*, 2000, p. 50).

De acordo com Davini *in* Brasil (2009), o conhecimento não se ‘transmite’, mas se constrói a partir de dúvidas, inquietações e questionamentos das práticas vigentes à luz dos problemas contextuais. Essa construção, por sua vez, inclui a concepção de trabalhar em equipe multiprofissional, com integração das dimensões cognitivas, de atitudes e competências práticas, priorizando os processos de longo prazo em detrimento das ações isoladas através de cursos.

Trata-se de promover a autonomia e responsabilização das equipes de trabalho, a partir do diagnóstico e da busca de soluções compartilhadas, incluindo, como seria esperado, o

acesso a novos conhecimentos e competências culturais, indissolavelmente ligados às mudanças na ação e no contexto real das práticas. (DAVINI *In* BRASIL, 2009, p. 52).

A integração e envolvimento da equipe de saúde no estabelecimento das relações de IES e reflexão coletiva dos processos de trabalho constituem fator determinante à efetividade da EPS em âmbito local.

Tradicionalmente, observamos, nas UBS do município de Chapecó, os enfermeiros diretamente envolvidos na integração ou problematizando as práticas, sem, no entanto, promover a formulação de respostas ou o envolvimento dos demais profissionais que compõem a equipe multiprofissional.

Exemplo disto são as referências diretas e o envolvimento (muitas vezes restrito) do enfermeiro nas ações desenvolvidas por acadêmicos dos diversos cursos de graduação da área da saúde e áreas afins, como medicina, nutrição, fisioterapia e psicologia, além da enfermagem.

Como já abordamos, isso se deve, muito provavelmente, ao fato de o enfermeiro desempenhar a função de gerente da UBS e, como tal, ter envolvimento direto sobre todas as ações desenvolvidas no espaço. No entanto, a integração/relação deve superar a relação enfermeira/coordenadora com acadêmicos, envolvendo os demais profissionais que compõem a equipe de saúde nas discussões, construções e reflexões sobre as práticas do trabalho.

“Geralmente não é toda equipe que se integra” (ORQUIDEA)

“A integração é com [...] as auxiliares, com o enfermeiro e também com o agente comunitário de saúde, porque muitas vezes eles fazem visitas” (ORQUIDEA)

“Essa integração a gente não vê: integração como estratégia da família, com a população, nós funcionários, nós profissionais...” (MARGARIDA)

“O objetivo comum é o paciente, agora a visão de cada um, depende da visão do funcionário que ta lá...” (MARGARIDA)

A equipe de saúde se apresenta muitas vezes, na lógica da “peça” da EPS, no máximo como atores coadjuvantes, ‘facilitadores’ ou não dos processos integrativos e educativos que ocorrem em seus locais de trabalho. No entanto, a articulação e mediação destes ficam por conta do enfermeiro.

Para Freire (2008a), o mediador, em um processo educativo, continua sendo diferente dos alunos, entretanto, essa diferença entre eles não pode ser antagônica. Para o autor, o educador como mediador estabelece processo dialógico no qual novos conhecimentos são produzidos pelos grupos, em um movimento de educação permanente.

O espaço da educação permanente passou a ser considerado como estratégia de renovação da prática por meio da reflexão e da relação de trocas entre profissionais, docentes, estudantes e comunidades.

“[Integração ensino-serviço] é troca entre os acadêmicos e os profissionais que atuam na área” (TULIPA)

“Com a própria população envolvida, em um determinado território” (CAMÉLIA)

“[Troca de] saberes, experiências, conhecimento prático, conhecimento teórico” (CAMÉLIA)

“Até da própria visão, porque às vezes o aluno tem uma visão que é diferente dos profissionais” (ORQUIDEA)

De acordo com Arruda (2008), reformar o pensamento é transformar comportamentos e posturas adquiridas ao longo de anos e isso demanda tempo e comprometimento de todos os profissionais envolvidos que, confortáveis com conhecimentos já adquiridos, não atentam ou consideram as metodologias ativas nos processos educativos, a construção de vínculos com instituições de ensino e, ainda, a importância da educação permanente em saúde como dispositivos para as mudanças e dos processos de trabalho em saúde.

As mudanças, por sua vez, devem ser incorporadas à vida do profissional de saúde “motivando um novo agir profissional que não o faça sentir-se excluído do processo de mudanças e desconhecedor da importância da educação permanente em saúde para melhorar a sua formação e conseqüentemente fortalecer o SUS” (OLIVEIRA, 2007, p. 587).

Os profissionais devem manter-se em permanente processo de aprendizagem, reconhecendo-se como atores/autores integrantes do processo educativo para reflexões nas práticas dos serviços. Dessa forma, estabeleceremos, de forma efetiva, a transformação e qualificação desejadas.

6.3.3 A condução e direção pelos gestores / instituição do serviço

Como política instituída, a educação permanente em saúde se converte em estratégia potencial da transformação institucional, ao facilitar a compreensão, valoração e apropriação de um modelo de atenção à saúde proposto pelo sistema, priorizando a busca e o desenvolvimento de alternativas contextualizadas à realidade e integradas para a atenção á saúde da população (DAVINI *In BRASIL*, 2009).

Ao propor a PNEPS, o MS, através dos ‘formuladores’, apontou a construção de uma proposta transformadora das práticas a partir do desenvolvimento de processos permanentes de educação dos trabalhadores em saúde, para qualificação da atenção à saúde no Brasil, de maneira a contemplar as necessidades e demandas do SUS.

Refletir sobre as práticas e transformá-las implica um complexo processo de institucionalização e desinstitucionalização, que requer formas de ação coletivas. Em consequência, a instalação ou modificação de uma prática institucional implicará influir não apenas no desenvolvimento de novas habilidades específicas, mas necessariamente colocar os pressupostos e os contextos em discussão. (DAVINI *In BRASIL*, 2009, p. 52).

Ao identificarmos o “papel” dos gestores municipais na direção da PNEPS em âmbito municipal como sub-categoria de análise a partir dos dados coletados na pesquisa, alertamos para o quão são tímidas e incipientes as propostas em EPS no município. Mediante convênios firmados com instituições de ensino e projetos como o Pró-Saúde e o PET-Saúde, a SSA de Chapecó aproxima academia e profissionais, oferecendo oportunidade para o desenvolvimento das práticas acadêmicas nos serviços e agregando novos conhecimentos aos

profissionais envolvidos. No entanto, iniciativas e propostas concretas no campo da EPS não são observadas, tampouco apontadas pelos participantes nesta pesquisa.

“Nunca foi feito uma reunião com os profissionais dizendo que os alunos vão estar presentes, que os profissionais irão ter que receber. [...] Falta também a secretaria chegar e dizer: ‘olha pessoal, vocês estão trabalhando aqui na prefeitura, tem convenio com a UNO, com a UDESC, os alunos vão estar aqui’. Eu como coordenadora sinto isso, [...] porque parece que a gente... [...] Eu tinha comentado com a equipe, e os médicos falaram ‘eu não quero aluno’. Daí o que eu vou fazer? Não queriam [...] eu não posso obrigar, a secretaria não obriga” (ORQUIDEA)

Numa perspectiva de desenvolvimento da educação permanente nos níveis mais altos de aprendizagem, como apresentado por Davini *in* Brasil (2009) e proposto por Bateson (1991), está prevista a tarefa de mediação institucional, ou seja, a ‘direção’ dos gestores, através das articulações, contatos e encaminhamentos para a criação ou extinção dos contextos organizativos que favorecem ou inibem práticas excludentes, seja da IES ou de EPS.

No entanto, conforme destaca Davini *in* Brasil (2009), é freqüente que programas de reforma organizacional dos serviços de saúde não articulem ou acompanhem projetos educativos, comprometendo seriamente seus efeitos e resultados.

O compromisso e o envolvimento institucional no desenvolvimento de iniciativas em EPS são determinantes na viabilidade e efetividade das propostas.

“Que bom se os alunos pudessem ter projetos que dessem continuidade, tipo assim, ‘Ah! vou fazer um projeto lá com as gestantes do X, da enfermagem’; vai sair turma, entrar turma, mas o projeto vai ter seqüência, continuar. Mas para isso tem que ter alguém responsável” (TULIPA)

Davini *in* Brasil (2009) destaca, entre as vertentes de pensamento institucionalista, North (1993), que estabelece uma diferença importante entre instituições e organizações. De acordo com o autor, as instituições representam as “regras do jogo”, que podem ser formais e facilmente reconhecíveis (regulamentos, protocolos) ou informais (códigos de comportamento e acordos subentendidos que se

transformam em comportamento habitual). Já as organizações são grupos de indivíduos reunidos em torno de um objetivo.

Na lógica da EPS, as instituições seriam os gestores e formuladores das políticas, dos acordos e das “regras”; e as organizações, os profissionais dos serviços / “jogadores”, que se organizam de modo peculiar para “jogar o jogo”. Embora conceitualmente diferentes, instituições e organizações mantêm relações de interdependência, já que as regras podem comprometer as oportunidades disponíveis das quais os jogadores tiram partido. Conclui a autora que,

Para se produzir mudança nas práticas e, sobretudo, para modificar práticas institucionalizadas nos serviços de saúde, é necessário privilegiar o conhecimento prático em suas ações educativas e favorecer a reflexão compartilhada e sistemática (DAVINI *In* BRASIL, 2009, p. 49).

A proposição de Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES) como espaço instituído de discussão coletiva, envolvendo gestores, trabalhadores, instituições de ensino e movimentos sociais, em nível regional, chama a responsabilidade dos gestores para a construção de propostas articuladas em EPS.

Dentre as atribuições das CIES, destacamos: a articulação com instituições para propor, de forma coordenada, estratégias de intervenção no campo da formação e desenvolvimento dos trabalhadores, à luz dos conceitos e princípios da Educação Permanente em Saúde, da legislação vigente, e do Plano Regional para a EPS; incentivar a adesão cooperativa e solidária de instituições de formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde aos princípios, à condução e ao desenvolvimento da Educação Permanente em Saúde, ampliando a capacidade pedagógica em toda a rede de saúde e educação; e apoiar e cooperar com os gestores na discussão sobre EPS, na proposição de intervenções nesse campo e no planejamento e desenvolvimento de ações que contribuam para o cumprimento das responsabilidades assumidas nos respectivos Termos de Compromisso de Gestão (BRASIL, 2009).

As responsabilidades da gestão municipal na “direção” da EPS é, da mesma forma, apontada na PNEPS, em que municípios devem formular e promover a gestão da EPS, criando estruturas de coordenação

e de execução da PNEPS em âmbito municipal; promover processos conjuntos (município, região e estado) de EPS; articular e cooperar com a construção e implementação de iniciativas políticas e práticas para a mudança na graduação das profissões de saúde de acordo com as diretrizes do SUS, entre outros.

As referências à “direção” municipal da EPS e os achados desta pesquisa nos remetem à reflexão do real envolvimento dos gestores nas propostas de EPS nos serviços.

Na compreensão dos pesquisados, a lógica da dicotomia dos interesses institucionais, no campo das relações, ação e “direção” é observada quando a abertura às práticas defende exclusivamente interesses da instituição.

“Quando precisou naquela (campanha de vacinação) da rubéola daí os alunos foram. Daí abriram (a SSA) para eles fazerem, e ainda comentaram que eles não iriam poder aplicar... mas porque era uma demanda que a secretaria tinha que vacinar tantos!”(ORQUIDEA)

“Teria que ter um espaço lá na secretaria para os acadêmicos que fazem trabalho na saúde pública, colocarem lá um banner, mural, pôster” (TULIPA)

A interação recíproca entre os gestores das instituições de ensino e dos serviços de saúde é apontada pelo MS ao propor o Pró-Saúde (2007) como determinante à criação e manutenção das condições reais para o aproveitamento de ambas instituições, oferecendo melhor qualidade técnica na atenção e no processo ensino-aprendizagem.

Destacamos, da mesma forma, a “atuação” e o envolvimento dos gestores da Instituição de Ensino Superior na determinação e na garantia de maior continuidade das práticas nos serviços, bem como de condições para que os docentes e estudantes atuem de forma coerente com os pressupostos da Educação Permanente em Saúde.

Não nos cabe, neste estudo, apontar estratégias ou dar respostas à problemática identificada e sim socializar o desconforto, problematizando a realidade dos fatos identificados, incitando reflexões para a renovação e transformação das práticas em gestão vigentes, tanto do serviço quanto do ensino, em um verdadeiro movimento de Educação Permanente em Saúde.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

*“Saúde se faz com gente. Gente que cuida de gente”
(BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE)*

Ao propormos esta pesquisa, como estudiosa e ativa nos processos de trabalho e educação, acreditamos na importância da integração ensino-serviço como dispositivo instituinte para a educação permanente dos trabalhadores. No entanto, tínhamos como pressuposto que tal relevância não era da mesma forma sentida ou acreditada pelos demais profissionais dos serviços, uma vez que resistências à aceitação ou rejeição acadêmica ou ainda o não reconhecimento e envolvimento profissional na integração eram práticas comuns, fato que nos motivou para este estudo.

Atenta aos princípios da educação permanente em saúde como propulsora para as reflexões e transformações das práticas desenvolvidas nos serviços, desenvolvemos este estudo oferecendo oportunidade aos participantes de momentos de discussão e problematização do cotidiano dos trabalhos, no que se refere aos movimentos de integração entre ensino e serviço e educação permanente em saúde, desenvolvido e/ou vivido pelos participantes.

Ao aproximar a academia da prática, através de ações conjuntas entre o ensino e os serviços, os Ministérios da Educação e da Saúde objetivam qualificar e transformar o ensino e, da mesma forma, fortalecer as ações de integralidade e resolutividade da rede pública, qualificando a atenção à saúde no SUS.

A presença acadêmica nos serviços de saúde, bem como a presença dos profissionais na academia têm sido constantes no município de Chapecó, onde observamos o crescimento e envolvimento dos profissionais nas questões relativas ao ensino e pesquisas desenvolvidas.

Anteriormente à aprovação e ao desenvolvimento de projetos de articulação entre a instituição de ensino superior Unochapecó e a Secretaria da Saúde de Chapecó (SSA) manifestávamos a intenção em abordar e refletir sobre a Educação Permanente em Saúde a partir da Integração Ensino-Serviço, com os profissionais dos serviços diretamente envolvidos nesse processo.

Ao longo desses dois anos de estudos, foram estabelecidos e desenvolvidos importantes projetos de aproximação, a exemplo da aprovação dos Projetos Pró-Saúde II, no ano de 2008 e, em especial, do PET-Saúde, em 2009.

O acordo firmado entre SSA e Unochapecó para o PET-Saúde, que estabelece os profissionais dos serviços como preceptores acadêmicos, aproximando-os da academia no desenvolvimento de pesquisa mediante o incentivo financeiro de bolsas, pode ser considerado como uma limitação do estudo, tendo em vista a intencionalidade desta pesquisa, uma vez que o fator financeiro contribui sobremaneira para o “envolvimento” profissional nas discussões e aproximações. No entanto, consideramos ser a aprovação do PET-Saúde uma estratégia positiva para o estreitamento dessas relações, uma vez que se inicia um processo de conquista de espaço e reconhecimento dos serviços na produção do conhecimento em saúde.

Os dados coletados revelaram, mesmo que discretamente, a educação permanente dos profissionais pesquisados, a partir do desenvolvimento de projetos conjuntos aprovados no Pró-Saúde e PET-Saúde, com destaque às pesquisas emergidas da realidade e necessidades dos serviços.

No entanto, a qualificação do serviço a partir da educação permanente das equipes parece ainda distante do que objetivam tanto a academia quanto o serviço.

Se, de um lado, as intenções e objetivos da academia permanecem restringindo-se à previsão e manutenção dos cenários de aprendizagem para a formação acadêmica, o serviço permanece com postura de, por vezes, “receptor”, outras, “mediador” de propostas prontas.

Ao objetivarmos identificar a percepção dos enfermeiros sobre educação permanente e integração ensino-serviço, os dados convergem para a construção e re-construção do conhecimento como um processo permeado pela aceitação profissional, pelas trocas nos ‘espaços’ da integração, a partir da realidade vivida e sentida pelos envolvidos.

Destacamos que, à formação dos futuros profissionais, são agregados, ao longo de toda sua trajetória acadêmica, conhecimentos, informações, vivências e experiências, estes adquiridos a partir de iniciativas do próprio acadêmico bem como dos profissionais que o receberam, acompanharam e orientaram durante todo o processo de ensino. Para tanto e considerando o que propõe o SUS, gestores e profissionais devem estar atentos, sensibilizados e preparados para o cumprimento de seu papel como ordenador da formação em saúde

envolvendo-se de forma efetiva na construção de propostas e projetos. Da mesma forma, gestores e profissionais devem vislumbrar e considerar, a partir da integração com a academia, o desenvolvimento das equipes de saúde para a qualificação do cuidado e atenção à saúde prestada.

Arriscamo-nos a afirmar que os níveis de envolvimento de todos os atores/autores estabelecidos nos ‘espaços’ de integração, bem como suas particularidades, mostraram-se determinantes no estabelecimento e desenvolvimento efetivos das relações de integração ensino-serviço e na educação permanente em saúde, o que atenta para o resgate e para a valorização dos profissionais para participação, reflexão e construção coletiva.

Ao propormos analisar as contribuições da integração ensino-serviço para o processo de educação permanente profissional, viabilizamos discussões e reflexões das inquietações e desconfortos dos profissionais, possibilitando-nos identificar ou reafirmar as concepções e compreensões dos pesquisados sobre o processo integrativo com a academia. Deste momento, emergiram propostas para retorno dos conhecimentos aos serviços, manifestando o desejo de atualização e desenvolvimento permanentes.

No entanto, a construção de propostas coletivas de fortalecimento de relações, crescimento e desenvolvimento profissional em saúde constitui, ainda, desafios a serem superados, quando propomos aos profissionais sair da zona de conforto para a busca do ‘saber’ mais.

Pró-Saúde e PET-Saúde figuram, sem dúvida, como importantes projetos e iniciativas na efetivação da integração ensino-serviço, no entanto, ainda insuficientes, em especial no que se refere à educação permanente em saúde, como proposta de mudanças e transformação das práticas.

Muitos avanços ocorreram no que se refere à aproximação ensino-serviço nos últimos anos no município de Chapecó, assim como muitas conquistas e melhorias foram destacadas e apontadas pelo grupo pesquisado, a lembrar: mais qualidade no atendimento; a atualização dos profissionais; a “visão crítica” da academia sobre os serviços; as trocas ocorridas nos espaços de integração e a revisão de práticas. Isso nos remete a refletir, e reafirmar a importância do estabelecimento de relações de parcerias com a academia para a transformação e qualificação das práticas realizadas nos serviços de saúde.

No entanto, ficou evidente que ainda persistem dificuldades à integração efetiva. A realização de estágios fragmentados, não

articulados e limitados aos objetivos de disciplinas isoladas e a falta de interação entre docentes e discentes com as equipes de saúde, não permitindo as “trocas” desejadas, foram apontados pelos profissionais como dificultadores à integração. Da mesma forma, o não reconhecimento do serviço de seu papel ativo no estabelecimento e desenvolvimento da parceria e, ainda, o não reconhecimento dos espaços de aprendizagem oferecidos aos profissionais, seja na forma de cursos (Metodologias Ativas, Metodologias da Pesquisa, entre outros) ou intervenções na realidade (tecnologias de gestão como o Planejamento Estratégico Situacional) são apontados como entraves à integração ensino-serviço.

Nos depoimentos obtidos nesta pesquisa, poucos destaques apontando de forma concreta e efetiva o desenvolvimento profissional e educação permanente em saúde das equipes foram identificados. Esta observação nos permite, em um franco momento de EPS, “problematizar” e refletir sobre esta realidade, considerando a possibilidade em aprofundar e/ou propor novos estudos sobre o tema, com a finalidade de definir estratégias conjuntas, academia e serviço, para viabilizar a Educação Permanente de forma integrada e coletiva.

Ao resgatarmos as sugestões apontadas: previsão de devolutiva das ações desenvolvidas junto com a comunidade como parte de um sistema de referência e contra-referência; a organização de estágios seqüenciais mesmo em se tratando de uma mesma disciplina e a previsão de momentos de educação permanente para os profissionais do serviço, possibilitando as trocas, atualização e desenvolvimento profissional, lançamos o desafio aos gestores (da academia e serviço), profissionais, docentes e discentes, na organização de fluxos e atividades e construção conjunta de projetos e propostas que dêem conta das necessidades, tanto da formação, quanto do desenvolvimento dos trabalhadores da área da saúde.

Da mesma forma, sugerimos que as dificuldades referidas e identificadas nesta pesquisa sejam consideradas nas avaliações e proposições de novas inserções ou projetos conjuntos.

As discussões sobre os temas abordados nesta pesquisa assim como as propostas para a reafirmação desta parceria e integração entre Secretaria da Saúde de Chapecó e Unochapecó não devem findar junto às páginas deste trabalho, pelo contrário, esta proposta foi apenas mais um dos passos neste longo caminho de convívio e crescimento mútuos.

Propomos, então, seguir as discussões junto aos atores/autores envolvidos no processo de educação permanente em saúde, de maneira que cada um se reconheça, assim como seu papel na construção do

conhecimento, transformação das práticas e qualificação da atenção à saúde no Sistema Único de Saúde – SUS, percebendo que nesta caminhada a construção se dá de forma articulada e coletiva.

8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABBAGNANO, Nicola. **Dicionário de filosofia**. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2000-2003.

AFONSO, Maria Lúcia Miranda (org). **Oficinas em dinâmica em grupo**: um método de intervenção psicossocial. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.

ALBUQUERQUE, Carla Pontes de. **Ensino e aprendizagem em serviços de atenção básica no SUS**: desafios na formação médica com a perspectiva da integralidade. “narrativas e tessituras. Tese de doutorado apresentada à Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social, 2007. Disponível em: http://www.thesesims.uerj.br/lildbi/docsonline/0/6/560-Tese_Doutorado_-_Albuquerque,_Carla.pdf. Acesso em 12 de março de 2009.

ANASTASIOU, L.G.C; ALVES, L.P. **Processos de ensinagem na universidade**: pressupostos para as estratégias de trabalho em aula. UNIVILLE, Santa Catarina, Joinville, 2005.

ARRUDA, Marina Patrício; et. al., **Educação permanente**: uma estratégia metodológica para os professores da saúde. Rev. bras. educ. med., Dez 2008, vol.32, no.4, p.518-524. ISSN 0100-5502. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022008000400015&lng=pt&nrm=iso. Acesso: em 25 de setembro de 2009.

BARBIERI, F.B. **A Rede unida e o movimento de mudança na formação de profissionais de saúde**. Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Saúde Coletiva, da Universidade Estadual de Londrina. Londrina, 2006. Disponível em: http://www.ccs.uel.br/pos/saudecoletiva/Mestrado/dissertacao/Fernanda/Fernanda/fernanda_completo.pdf. Acesso em: 23 de setembro de 2009.

BECCARIA, L.M.; et. al., **Integração docente-assistencial entre um curso de enfermagem e um hospital de ensino**: concepção do processo sob a ótica de docentes, alunos e enfermeiros. Arq. Ciênc. Saúde 2006 jul-set;13(3):XX-XX. Disponível em: http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs_ol/vol-13-3/ID%20177.pdf. Acesso em: 12 de março de 2009.

BECCARIA, L.M., TREVIZAN, M.A. **Ações do processo de integração docente-assistencial entre um curso de graduação em enfermagem e um hospital de ensino**. Arq Ciênc Saúde 2006 abr-jun;13(2):87-94. Disponível em: http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs_ol/vol-13-2/06-ID%20185.pdf. Acesso em: 12 de março de 2009.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Organização do texto: Juarez de Oliveira. 4. ed. São Paulo: Saraiva.

_____. Ministério da Educação e Cultura. Secretaria do Ensino Superior. **Programa de Integração Docente-Assistencial – IDA**. Brasília, MEC/SESU/CCS, 1981, 32p. Cadernos da Ciência da Saúde, n.3. Disponível em: http://observatoriohistoria.coc.fiocruz.br/lildbi/docsonline/Brasil_Min_EduCult1981_ID581.pdf. Acesso em: 12 de março de 2009.

_____. **Lei n. 8.080**, de 19 setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, 1990. Disponível em: http://www.cff.org.br/Legisla%C3%A7%C3%A3o/Leis/lei_8080_90.html. Acesso em: 15 de setembro de 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho de Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **A educação permanente entra na roda, pólos de educação permanente em saúde**: conceitos e caminhos a percorrer. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a.

_____. **Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde:** Orientações para o curso. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde / FIOCRUZ, 2005b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS:** caminhos para a educação permanente em saúde – Pólos de educação permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **A aderência dos cursos de graduação em enfermagem, medicina e odontologia às diretrizes curriculares.** Brasília: Ministério da Saúde, 162 p.: il. - (Série F. Comunicação e Educação em Saúde), 2006.

_____. **Portaria GM/MS nº 1.996** de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre novas diretrizes e estratégias para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília, DF. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria_1996-de_20_de_agosto-de-2007.pdf. Acesso em: 09 de abril de 2009.

_____. Ministério da Saúde. **12ª Conferência Nacional de Saúde:** Conferência Sergio Arouca. Brasília, 7 a 11 de dezembro de 2003: relatório final. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 230 p. – (Série D. Reuniões e Conferências). Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_12.pdf. Acesso em: 06 de setembro de 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde** – Brasília: Ministério da Saúde, Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 9) 2009.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório Final da 13ª Conferência Nacional de Saúde: Saúde e Qualidade de vida: políticas de estado e desenvolvimento.** Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2008. 246 p.: IL – (Série C. Projetos, Programas e Relatórios). Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/13cns_M.pdf. Acesso em: 06 de setembro de 2009.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Princípios e diretrizes para a NOB/RH-SUS.** Quarta Versão. Brasília – DF, 27 de Fevereiro de 2002. Disponível em: <http://www.nesp.unb.br/polrhs/rhsus/pdfs/nobrhus.pdf>. Acesso em: 06 de setembro de 2009.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde:** objetivos, implementação e desenvolvimento potencial. Ministério da Saúde, Ministério da Educação. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. Caderno de RH saúde, ano I, V. I, N. 3 (1993). **II Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde:** Textos Apresentados – Brasília: Ministério da Saúde, novembro, 1993, 85 p. Disponível em: <http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos/rhsv1n3.pdf>. Acesso em: 06 de dezembro de 2009.

_____. Cadernos RH saúde. **Ministério da Saúde.** Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. – Vol.3, n. 1 (mar. 2006) -. Brasília: Ministério da Saúde, 2006 188 p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_rh.pdf. Acesso em: 06 de dezembro de 2009.

BUSS, Paulo Marchiori. **Promoção da saúde e qualidade de vida.** *Ciênc. saúde coletiva*, 2000, vol.5, no.1, p.163-177. ISSN 1413-8123. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-

8123200000100014&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 12 de março de 2009.

CARDOSO, Nelson Leite. **A utilização do software educacional de simulação e modelagem “Interactive Physics” como instrumento de promoção da aprendizagem significativa de conceitos de Física:** uma investigação pedagógica a partir da proposição de situações-problema. Texto extraído da Dissertação de Mestrado submetida à Universidade Federal de Santa Catarina em março de 2003. Disponível em: <http://www.lsc.ufsc.br/~edla/ine5624/.../MapasConceituaisCardoso.doc>. Acesso em: 01 de maio de 2009.

CASTRO, H. M. R. **Integração do ensino e serviço de enfermagem com a rede hospitalar governamental.** Rev. Bras. Enf., Rio de Janeiro, 28: 28-36, 1975.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura C. M. **O quadrilátero da formação para a área da saúde:** ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis*, Jun 2004, vol.14, no.1, p.41-65. ISSN 0103-7331. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312004000100004&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 04 de maio de 2005.

COLLISELLI Liane, TOMBINI Larissa H. T., KLEBA Maria Elisabeth, REIBNITZ, Kenya Schmidt. **Estágio curricular supervisionado:** diversificando cenários e fortalecendo a interação ensino/serviço. Manuscrito encaminhado para avaliação com vistas à publicação para a Revista Brasileira de enfermagem - REBEN em 02/06/2009. Em avaliação.

DAVINI, Maria Cristina. Enfoques, problemas e Perspectivas na educação Permanente dos Recursos Humanos de Saúde. p. 39-58 *In* BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.** (Série B.

Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 9) ISBN 978-85-334-1490-7, Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

FAGUNDES, N.C. **Experiência de construção de um grupo de pesquisa em uma escola do SUS.** Revista Baiana de Saúde Pública, v.31, supl.1, p 79-86, jun. 2007. Disponível em: http://www.saude.ba.gov.br/rbsp/volume31/Páginas%20de%20Suplemento_Vol31%2079.pdf. Acesso em : 12 de março de 2009.

FEUERWERKER, L.C.M; SENA, R.R. **Contribuição ao movimento de mudança na formação profissional em saúde:** uma avaliação das experiências UNI. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, v. 6, n. 10, p. 37-50, fev 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832002000100004&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 04 de maio de 2005.

FEUERWERKER, L. C. M. **Educação dos profissionais de Saúde hoje:** problemas, desafios, perspectivas e as propostas do Ministério da Saúde. Revista da ABENO, Brasília, v. 3, n. 1, p.24-27, 2002a. Disponível em: <www.abeno.org.br/revista/arquivos>. Acesso em: 04 de maio de 2005.

_____, L.C.M. **Além do discurso de mudança na educação médica:** processos e resultados. São Paulo: Hucitec, 2002b.

FREIRE, Paulo. **Educação como prática da liberdade.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1980.

_____. Paulo. **Pedagogia do oprimido.** 47. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2008a.

_____. Paulo. **Pedagogia da autonomia:** saberes necessários à prática educativa. 37. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2008b.

_____. Paulo. **Educação e mudança**. 31. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2008c.

_____. Paulo. **Pedagogia da Esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido**. 15. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2008d.

_____. **A canoa**. Texto disponível em: <http://www.slideshare.net/lgrmattos50/a-canoa-paulo-freire>. Acesso em: 12 de março de 2009.

GIRADE, Maria da Graça, CRUZ, Emirene Maria Navarro Trevizan da, e STEFANELLI, Maguida Costa. **Educação continuada em enfermagem psiquiátrica**: reflexão sobre conceitos. Rev. esc. enferm. USP, Mar 2006, vol.40, no.1, p.105-110. ISSN 0080-6234. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342006000100015&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 25 de março de 2009.

GRISOTTI, M.; PATRICIO, Z.M. **A saúde coletiva entre discursos e práticas**: a participação de usuários, trabalhadores e conselheiros de saúde do município de Florianópolis. Florianópolis: ed. UFSC, 2006.

LAMPERT, J.B., et. al., **Projeto de avaliação de tendências de mudanças no curso de graduação nas escolas médicas brasileiras**. Revista Brasileira de Educação Médica, 33 (1 Supl. 1): 5-18; 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022009000500002&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 25 de março de 2009.

LEOPARDI, M.T. **Teorias em enfermagem**: instrumentos para a prática. Florianópolis: ed. Papa-Livros, 1995.

_____. M.T. et. al., **Metodologia da pesquisa em saúde**. Santa Maria: Palotti, 2001.

MANCIA, J.R., CABRAL, L.C., KOERICH, M.S. **Educação permanente no contexto da enfermagem e na saúde**. Rev. Bras. Enferm. Brasília (DF) 2004 set/out;57(5):605-10. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672004000500018&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 25 de setembro de 2009.

MEIRA, M. M. **Diretrizes para a educação permanente no serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU)**. Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

MENDES, Isabel Amélia Costa. et. al., **Contribuição das disciplinas da organização de aprendizagem ao processo de parceria docente-assistencial na enfermagem**. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Abr 2000, vol.8, no.2, p.47-52. ISSN 0104-1169. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692000000200008&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 12 de março de 2009.

MICHAELIS. **Moderno dicionário de língua portuguesa**. São Paulo: Melhoramentos, 1998.

MINAYO, Maria C. de S. et. al., **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8. ed., São Paulo: Ed. Hucitec, 2004.

_____. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11. ed., São Paulo: Hucitec, 2008.

MIRANDA, Cristina Maria Loyola; CARVALHO, Vilma de; SOUZA, Elvira de Felice. **Integração docente-assistencial – uma questão “não**

resolvida”. Esc. Anna Nery R. enferm., Rio de Janeiro, v.1, n.2, dez.1997.

MOREIRA, Marco Antonio. **Mapas conceituais e aprendizagem significativa**. Adaptado e atualizado, em 1997, de um trabalho com o mesmo título publicado em O ENSINO, Revista Galáico Portuguesa de Sócio-Pedagogia e Sócio-Linguística, Pontevedra/Galícia/Espanha e Braga/Portugal, n. 23 a 28: 87-95, 1988.

NOLETO, Marlova Jovchelovitch. **Parcerias e alianças estratégicas: uma abordagem prática**. Rede de informações para o terceiro setor. Rio de Janeiro, Jun/2003. Disponível em: <http://www.rits.org.br/gestao_teste/ge_testes/ge_tmtes_junho2003.cfm> Acesso em: 15 de setembro de 2007.

OLIVEIRA, M. I. R. **Porque integrar ensino e serviço de enfermagem nos hospitais universitários**. Rev. Bras. Enf.; Rio de Janeiro, 28: 37-41, 1975.

OLIVEIRA, Marluce Alves Nunes. **Educação à distância como estratégia para a educação permanente em saúde: possibilidades e desafios**. Rev. bras. enferm., Out 2007, vol.60, no.5, p.585-589. ISSN 0034-7167. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000500019&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 25 de setembro de 2009.

OLSCHOWSKY, Agnes; SILVA, Graciette Borges da. **Integração docente-assistencial: um estudo de caso**. Rev. esc. enferm. USP, Jun 2000, vol.34, no.2, p.128-137. ISSN 0080-6234. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342000000200002&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 12 de março de 2009.

PADILHA, Maria Itayra C.S. **Análise crítica das causas de integração e/ou desintegração docente-assistencial na enfermagem.** Rev. Gaúcha de Enfer., Porto Alegre, 12(1): 33-37, jan. 1991.

PASCHOAL, Amarílis Schiavon; MANTOVANI, Maria de Fátima; MÉIER, Marineli Joaquim. **Percepção da educação permanente, continuada e em serviço para enfermeiros de um hospital de ensino.** Rev. esc. enferm. USP, Set 2007, vol.41, no.3, p.478-484. ISSN 0080-6234. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342007000300019&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 25 de março de 2009.

PEDUZZI, Marina. **Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia.** Revista Saúde Pública, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 103-109, Fev/2001. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102001000100016&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 15 de setembro de 2007.

PINHEIRO, R.; CECCIM, R.B.; MATTOS, R.A. (orgs). **Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde.** Rio de Janeiro: IMS/UERJ-CEPESC-ABRASCO, 2006.

PINTO, L.L.S., FORMIGLI, V.L.A.; RÊGO, R.C.F. **A dor e a delícia de aprender com o SUS: integração ensino-serviço na percepção dos internos em medicina social.** Revista Baiana de Saúde Pública, v.31, n.1, p 115-133, jan./jun. 2007. Disponível em: http://www.saude.ba.gov.br/rbsp/volume31/Páginas%20%20de%20Revi%20sta_Vol31_n1_2007%20%20115.pdf. Acesso em: 12 de março de 2009.

POLIT, D.F. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização.** 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

REDE UNIDA. **Ordenação pelo SUS da formação de recursos humanos em saúde.** Portal Rede Unida. Londrina, 2006a. Disponível em: <<http://www.redeunida.org.br/producao/artigo06.asp>> Acesso em: 15 de setembro de 2007.

_____. **Diversificação de cenários de ensino e trabalho sobre necessidades/ problemas da comunidade.** Portal Rede Unida. Londrina, 2006b. Disponível em: <http://www.redeunida.org.br/producao/div_diversif.asp> Acesso em: 15 de setembro de 2007.

REIBNITZ, Kenya Schmidt; PRADO, Marta Lenise do. **Formação do profissional crítico-criativo:** a investigação como atitude de (re)conhecimento do mundo. Rev.Texto e Contexto Enfermagem, Jan-Mar; 12(1): 26-33, 2003.

REIBNITZ, K.S; BACKES, V. M. S.; PRADO, Marta Lenise Do; FERRAZ, F.; MEIRA, M. M.. Educação permanente em saúde: contribuição para a consolidação do Sistema Único de Saúde *In* MARTINI, J.G.; FELI, W. E. A.. (Org.). **Programa de atualização em enfermagem:** saúde do adulto. v, Porto Alegre: Artmed, 2009.

RIBEIRO, Eliana Claudia de Otero; MOTTA, Jose Inacio Jardim. **Educação permanente como estratégia na reorganização dos serviços de saúde.** Jul. 1996. Disponível em: <http://www.redeunida.org.br/producao/artigo03.asp>. Acesso em: 25 setembro de 2009.

SANTOS, M. I. **Integração do ensino e serviço de enfermagem.** Rev. Bras. Enf.; Rio de Janeiro, 28: 60-70, 1975.

SCHMIDT, Sandra Marcia Soares. **O processo de formação dos cursos de graduação em enfermagem, medicina e odontologia, nos serviços de atenção básica.** 2008 [tese], 181 p. Florianópolis (SC): UFSC/PEN, 2008.

SILVA, R.R. **O projeto UNI e os movimentos populares de saúde na região sul de Londrina**. Dissertação apresentada à Faculdade de Saúde Pública de São Paulo, São Paulo, 1999. Disponível em: http://www.fonte.org.br/documentos/mestrado_roger.pdf. Acesso em: 12 de março de 2009.

SILVA, Elizabete Vieira Matheus da, et. al., **A formação de profissionais de saúde em sintonia com o SUS: currículo integrado e interdisciplinar** In CONASEMS – Conselho Nacional de Secretarias Municipais da Saúde, 2008.

SILVA K.L., et. al., **Educação em enfermagem e os desafios para a promoção de saúde**. Rev Bras Enferm, Brasília, jan-fev; 62(1): 86-91, 2009 Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000100013&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 25 de setembro de 2009.

SISSON, Maristela Chitto. **Integração ensino-serviço em Florianópolis**. In Da Proposta à Ação. Currículo Integrado do Curso de Graduação em Medicina da UFSC. Capítulo 3, p. 41-58, Editora da UFSC, Florianópolis, 2005.

SHIMIZU, Helena Eri. **A percepção de docentes do curso de graduação em enfermagem e obstetrícia de uma universidade pública federal sobre a integração docente assistencial**. Rev. Latino-Am. Enfermagem, dez 1999, vol.7, no.5, p.51-58. ISSN 0104-1169. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11691999000500007&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 12 de março de 2009.

SUDAN, Luci Cristina Pulga; CORRÊA, Adriana Kátia. **Práticas educativas de trabalhadores de saúde: vivência de graduandos de enfermagem**. Rev. bras. enferm., out 2008, vol.61, no.5, p.576-582. ISSN 0034-7167. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-

71672008000500008&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 12 de março de 2009.

STRECK, D.R; REDIN, E; ZITKOSKI, J.J. (Orgs.) **Dicionário Paulo Freire**. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2008.

TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa convergente assistencial: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em Saúde. Enfermagem**. Florianópolis: Editora Insular, 2004.

UNOCHAPECÓ, Universidade Comunitária da Região de Chapecó. **Projeto político pedagógico do curso de graduação de enfermagem da Unochapecó**. Centro de Ciências da Saúde, 2006 (não publicado).

_____. Universidade Comunitária da Região de Chapecó. **Proposta integrada pró-saúde Unochapecó/SMS**. Centro de Ciências da Saúde, 2008.

WOLFOVITCH, C., et. al., **Experiência de campo necessária à formação do(a) enfermeiro(a)**. Rev. Bras. Enf., Rio de Janeiro, 28:26-55, 1975.

ZANI, Adriana Valongo; NOGUEIRA, Maria Suely. **Incidentes críticos do processo ensino-aprendizagem do curso de graduação em enfermagem, segundo a percepção de alunos e docentes**. Rev Latino-am Enfermagem 2006 setembro-outubro; 14(5). Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n5/pt_v14n5a16.pdf. Acesso em: 12 de março de 2009.

APÊNDICES

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE COMUNITÁRIA REGIONAL DE CHAPECÓ –
UNOCHAPECÓ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE PÓS GRADUAÇÃO
MINTER – MESTRADO INTERINSTITUCIONAL

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine no final deste documento, que está em duas vias. Uma dela é sua e outra é do pesquisador.

Título do projeto: Educação Permanente dos Enfermeiros e Integração Ensino-Serviço.

Pesquisadores: Larissa Hermes Thomas Tombini

Telefone para contato: (49) 3322-1749 / (49) 8406-4222

Orientadora: Dra. Kenya Schmidt Reibnitz

Co-orientadora: Dra. Maria Elisabeth Kleba

Os Objetivos desta pesquisa são:

- Identificar a compreensão dos enfermeiros das Unidades Básicas de Saúde sobre a educação permanente e a integração ensino-serviço.

- Identificar as contribuições da integração ensino-serviço para o processo de educação permanente, na perspectiva dos enfermeiros vinculados às Unidades Básicas de Saúde do município de Chapecó.

A sua participação na pesquisa consiste em participar de oficinas promovidas pela pesquisadora, sem prejuízo ou constrangimento para o pesquisado. Os procedimentos aplicados por esta pesquisa não oferecem risco a sua integridade moral, física, mental ou efeitos colaterais. As informações obtidas através da coleta de dados

serão utilizadas para alcançar o objetivo acima proposto, e para a composição do relatório de pesquisa, resguardando sempre sua identidade. Caso não queira mais fazer parte da pesquisa, favor entrar em contato pelos telefones acima citados.

Este termo de consentimento livre e esclarecido é feito em duas vias, sendo que uma delas ficará em poder do pesquisador e outra com o sujeito participante da pesquisa. Você poderá retirar o seu consentimento a qualquer momento.

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO PARTICIPANTE

Eu, _____,
RG _____, CPF _____,
abaixo assinado, concordo em participar do estudo como participante. Fui devidamente informado e esclarecido pelo pesquisador sobre a pesquisa e, os procedimentos nela envolvidos, bem como os benefícios decorrentes da minha participação. Foi me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento.

Local _____ Data ____/____/____.

Nome e assinatura do participante: _____

APÊNDICE B - CONVITE***CONVITE***

Cara enfermeira _____, considerando sua atuação em local de realização de atividades acadêmicas do Curso de Graduação em Enfermagem da Unochapecó nos anos de 2007 e/ou 2008, você é convidada para participar da pesquisa intitulada “EDUCAÇÃO PERMANENTE DOS ENFERMEIROS E INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO”, realizada pela enfermeira Larissa Tombini.

O primeiro encontro para apresentação do projeto será realizado no dia

01 de JULHO, às 15:00 horas, no Auditório do CEREST.

Sua presença e contribuição são muito importantes para o desenvolvimento da pesquisa e será certificada pela Gerência de Recursos Humanos da Secretaria Municipal da Saúde como momento de Educação Permanente Profissional.

Conto com sua participação.

ANEXO

ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO

 <p>UNOCHAPECÓ UNIVERSIDADE COMUNITÁRIA REGIONAL DE CHAPECÓ</p>	UNIVERSIDADE COMUNITÁRIA REGIONAL DE CHAPECÓ UNIVERSIDADE PÚBLICA ESTADUAL N.º 5.871, DE 27 DE AGOSTO DE 2002 PUBLICADO NO DIÁRIO OFICIAL DE SANTA CATARINA DE 29/08/2002	AVENIDA SENADOR ATÍLIO FONTANA, 591E TEL. (49) 3321-3000 FAX (49) 3321-3033 CAIXA POSTAL 747 CHAPECÓ SC CEP 89809-000
<p>COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA</p> <p>PARECER CONSUBSTANCIADO</p>		
<p>Pesquisador (a) Responsável: Larissa Hermes Thomas Tombini Registro do CEP: 036/09 Situação: APROVADO</p>		
<p>O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Comunitária Regional de Chapecó – UNOCHAPECÓ – analisou o protocolo de pesquisa N.º 036/09, referente ao projeto de pesquisa: “EDUCAÇÃO PERMANENTE DOS ENFERMEIROS E INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO”.</p> <p>Assim, mediante a importância social e científica que o projeto apresenta, a sua aplicabilidade e conformidade com os requisitos éticos, somos de parecer favorável à realização do projeto classificando-o como APROVADO – pois o mesmo atende aos requisitos fundamentais da Resolução 196/96 e suas complementares do Conselho Nacional de Saúde/MS.</p> <p>Solicita-se ao pesquisador o envio a este CEP, de relatórios parciais sempre quando houver alguma alteração no projeto, bem como o relatório final gravado em CD-ROM.</p>		
<p>Chapecó, 16 de julho de 2009.</p>  <p>Jorge Luis Mattias Coordenador do Comitê de Ética.</p>		
<p>UNIVERSIDADE COMUNITÁRIA REGIONAL DE CHAPECÓ – UNOCHAPECÓ End: Av. Sem. Atílio Fontana, 591-E, Bairro Etapi- Cep 89809-000 – Caixa Postal: 747- Chapecó – SC. Email: cep@unochapeco.edu.br</p>		
 <p>UNOCHAPECÓ UNIVERSIDADE COMUNITÁRIA REGIONAL DE CHAPECÓ</p>	UNIVERSIDADE COMUNITÁRIA REGIONAL DE CHAPECÓ UNIVERSIDADE PÚBLICA ESTADUAL N.º 5.871, DE 27 DE AGOSTO DE 2002 PUBLICADO NO DIÁRIO OFICIAL DE SANTA CATARINA DE 29/08/2002	AVENIDA SENADOR ATÍLIO FONTANA, 591E TEL. (49) 3321-3000 FAX (49) 3321-3033 CAIXA POSTAL 747 CHAPECÓ SC CEP 89809-000