



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**MARIA TEREZA SOARES REZENDE LOPES**

**A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NA ORGANIZAÇÃO DA POLÍTICA  
NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA**

**MARINGÁ  
2016**

**MARIA TEREZA SOARES REZENDE LOPES**

**A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NA ORGANIZAÇÃO DA POLÍTICA  
NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem Linha de Pesquisa: Gestão do Cuidado em Saúde. Área de Concentração: Enfermagem e o processo de cuidado.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Vanessa Denardi Antoniassi Baldissera.

**MARINGÁ-PR**

**2016**

**Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)**  
**(Biblioteca Central - UEM, Maringá – PR., Brasil)**

L864e      Lopes, Maria Tereza Soares Rezende  
            A educação permanente em saúde na organização da  
            política nacional de humanização na atenção básica /  
            Maria Tereza Soares Rezende Lopes. -- Maringá, 2016.  
            103 f. : il. col., figs.

            Orientador: Prof. Dr. Vanessa Denardi Antoniassi  
            Baldissera.

            Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de  
            Maringá, Centro de Ciências da Saúde, Programa de  
            Pós-Graduação em Enfermagem, 2016.

            1. Enfermagem - Educação continuada. 2.  
            Humanização da assistência. 3. Atenção primária à  
            saúde. I. Baldissera, Vanessa Denardi Antoniassi,  
            orient. II. Universidade Estadual de Maringá. Centro  
            de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em  
            Enfermagem. III. Título.

CDD 21.ed.610.73

ECSL

MARIA TEREZA SOARES REZENDE LOPES

**A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NA ORGANIZAÇÃO DA POLÍTICA  
NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA**

Aprovada em: 20/12/2016

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Vanessa Denardi Antoniassi Baldissera (Orientadora)  
Universidade Estadual de Maringá

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Elisabeth Kleba da Silva (Titular)  
Universidade Comunitária da Região de Chapecó

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Laura Misue Matsuda (Titular)  
Universidade Estadual de Maringá

---

Prof<sup>a</sup>. Dra Maria Dalva de Barros Carvalho (Suplente)  
Universidade Estadual de Maringá

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Ieda Harumi Higarashi (Suplente)  
Universidade Estadual de Maringá

## **DEDICO**

Dedico este trabalho aos profissionais da atenção básica de saúde, que atualmente representam a maior força de trabalho do Sistema Único de Saúde e que se tornaram um dos grandes protagonistas da sua história.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, primeiramente, que me inspirou e me lançou nesse novo desafio e que, apesar das dificuldades, me proporcionou surpresas maravilhosas. A Ele toda a glória por qualquer sucesso desta jornada.

Ao meu marido e filho que são meus apoiadores e incentivadores e que em diversos momentos foram compreensivos pela minha ausência nas suas vidas.

Aos meus pais pelo amor e carinho que dispensam à minha vida.

À minha grande orientadora, mais que professora Vanessa Denardi A. Baldissera, que me conduziu a muitas “bonitezas” do conhecimento.

À minha banca avaliadora, composta pelas professoras Maria Elisabeth Kleba, Laura Misue Matsuda e Ieda Harumi Higarashi, por terem contribuído grandemente na construção deste trabalho.

Às minhas irmãs científicas Clície, Marina e Célia pelo auxílio, amizade e pelos açaís que compartilhamos juntas diversas vezes.

Pelas novas irmãs científicas que surgiram durante o nosso percurso e que passaram a compor o nosso time: Iara, Raquel e Giselle.

Às Unidades Básicas de Saúde participantes do estudo pela contribuição e disponibilidade.

À Secretaria de Saúde de Maringá por ter aberto as portas para a ciência e permitido a realização deste estudo.

*O que sabemos é uma gota.  
O que ignoramos é um oceano.*  
Isaac Newton

LOPES, M. T. S. R. A Educação Permanente em Saúde na Organização da Política Nacional de Humanização na Atenção Básica. 103 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Estadual de Maringá. Orientadora: Vanessa Denardi Antoniassi Baldissera. Maringá, 2016.

### **RESUMO**

Este estudo teve como objetivo analisar práticas de Educação Permanente em Saúde que permearam os processos de implantação e organização da Política Nacional de Humanização na atenção básica. Tratou-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa, do tipo exploratória e descritiva. Para tanto, foi realizada a técnica de grupo focal, com trabalhadores de seis Unidades Básicas de Saúde de um município do noroeste do Estado do Paraná- Brasil. As transcrições foram submetidas à técnica de análise de conteúdo temática proposta por Bardin, com auxílio de seis nuvens de palavras geradas pelo software IRAMUTEQ. Essas nuvens subsidiaram a definição das categorias, as quais foram: Categoria 1- Os dispositivos da Política Nacional de Humanização trouxeram mudanças positivas para os processos de trabalho e foram mediados por práticas de Educação Permanente em Saúde; Categoria 2- A Educação Permanente em Saúde que orientou a implantação das diretrizes e dispositivos da Política Nacional de Humanização foi marcada por práticas coletivas e protagonistas; Categoria 3- O trabalho coletivo permeado pelo aprendizado foi uma realidade na implantação dos dispositivos da Política Nacional de Humanização; Categoria 4- O apoio colaborativo da equipe e o compartilhamento de saberes é um cenário que oportuniza o aprendizado e as transformações; e Categoria 5- As reuniões de trabalho e conversas informais em equipe são cenários que concretizam a avaliação permanente da implantação dos dispositivos da Política Nacional de Humanização e oportunizam aprendizado e transformações. Os dados foram discutidos à luz do referencial de Paulo Freire, no que se refere à problematização na produção de saberes e fazeres. A pesquisa foi realizada seguindo os preceitos éticos vigentes e a autorização do órgão competente da Secretaria Municipal de Saúde. Este estudo demonstrou que muitas diretrizes e dispositivos da Política de Humanização foram implantados nas unidades, e esta implantação foi conduzida por práticas de educação permanente. As Políticas Nacionais de Educação Permanente em Saúde e de Humanização têm influenciado de forma positiva os processos de trabalho das equipes. Constatou-se que, na realidade estudada, apesar de todos os entraves, as práticas de educação permanente têm permeado os processos de trabalho para a implantação das diretrizes e dos dispositivos da Política Nacional de Humanização.

Palavras chave: Educação continuada; Humanização da assistência; Atenção primária à saúde.

LOPES, M. T. S. R. The Permanent Education in Health in the Organization of the National Policy of Humanization in Primary Care. 103 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Estadual de Maringá. Orientador: Vanessa Denardi Antoniassi Baldissera. Maringá, 2016.

## ABSTRACT

This study aimed to analyze the practices of Permanent Education in Health that permeated the processes of implementation and organization of the National Humanization Policy in basic care. It was a research made through a qualitative approach, of the exploratory and descriptive type. For that, a focal group technique was used, with workers from six Basic Health Units from a municipality in the northwest of the State of Paraná-Brazil. The transcripts were submitted to the thematic content analysis technique proposed by Bardin, with the aid of six word clouds generated by the IRAMUTEQ software. These clouds provided the definition of categories, which were: Category 1- The National Humanization Policy devices brought positive changes to the work processes and were mediated by practices of Permanent Education in Health; Category 2 - The Permanent Education in Health that guided the implementation of the guidelines and devices of the National Humanization Policy was marked by collective practices and protagonists; Category 3 - The collective work permeated by learning was a reality in the implementation of the devices of the National Humanization Policy; Category 4 - The collaborative support of the team and the knowledge sharing are scenarios that allow learning and transformation; And Category 5- Work meetings and informal team conversations are scenarios that concretize the permanent evaluation of the implementation of the National Humanization Policy and provide opportunities for learning and transformation. The data were discussed by the light of Paulo Freire's reference, regarding the questioning in the production of knowledge and practices. The research was conducted by following the current ethical precepts and the authorization of the competent body of the Municipal Health Department. This study demonstrated that many guidelines and devices of the Humanization Policy were implemented in the units and this implementation was conducted by permanent education practices. The National Policies of Permanent Education in Health and Humanization have positively influenced the teams' work processes. It was verified that, in the studied scenario, despite all obstacles, the practices of permanent education have permeated the work processes for the implementation of the guidelines and devices of the National Humanization Policy.

**Key words:** Continuing education; Humanization of assistance; Primary health care.

LOPES, M. T. S. R. Educación Permanente en Salud en la Organización de la Política Nacional de Humanización en la Atención Primaria. 103 f. Diserta (Master em Enfermería) – Universidad Estadual de Maringá. Orientador: Vanessa Denardi Antoniassi Baldissera. Maringá, 2016.

## RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivo analizar las prácticas de Educación Permanente en Salud que impregnaron los procesos de implementación y organización de la Política Nacional de Humanización en la atención primaria. Fue una investigación cualitativa, exploratoria y descriptiva. Por lo tanto, la técnica de grupo focal se llevó a cabo con los trabajadores de seis unidades básicas de salud en un municipio del noroeste del estado de Paraná - Brasil. Las transcripciones fueron sometidas a la técnica de análisis de contenido temático propuesto por Bardin, con la ayuda de seis nubes de palabras generadas por el software IRAMUTEQ. Estas nubes apoyaron la definición de las categorías, que fueron las siguientes: Categoría 1 - Los dispositivos de la Política Nacional de Humanización trajeron cambios positivos a los procesos de trabajo con la mediación de las prácticas de Educación Permanente en Salud; Categoría 2 - Educación Permanente en Salud que orientó la aplicación de las directrices y disposiciones de la Política Nacional de Humanización estuvo marcada por las prácticas colectivas y protagonistas; Categoría 3 - El trabajo colectivo impregnado de aprendizaje era una realidad en la implementación de los dispositivos de la Política Nacional de Humanización; Categoría 4 - El soporte colaborativo de equipo y el intercambio de conocimientos es un escenario que favorece el aprendizaje y el cambio; y la Categoría 5 - Reuniones de trabajo y conversaciones informales en equipo son escenarios que incorporan la evaluación permanente de la implementación de los dispositivos de la Política Nacional de Humanización y el aprendizaje y transformaciones. Los datos fueron discutidos a la luz del referencial de Paulo Freire, en relación con la problematización de la producción de conocimientos y prácticas. La investigación se llevó a cabo siguiendo las normas éticas existentes y la autorización del órgano competente de la Dirección Municipal de Salud. Este estudio mostró que muchas directrices y disposiciones de la Política de Humanización fueron implementadas en las unidades, y esta implementación se llevó a cabo mediante prácticas de educación permanente. La Política Nacional de Educación Permanente en Salud y Humanización ha influido positivamente en los procesos de trabajo de los equipos. En la realidad estudiada, a pesar de todos los obstáculos, las prácticas de educación permanente han impregnado los procesos de trabajo para la aplicación de las directrices y los dispositivos de la Política Nacional de Humanización.

**Palabras Clave:** Educación continua; Humanización de la atención; La atención primaria de salud.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APSUS	Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde
CAP	Comunidade Ampliada de Pesquisa
CAPS i	Centro de Atenção Psicossocial da Infância e Adolescência
CGR	Colegiados de Gestão Regional
CIES	Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço
ESF	Estratégia Saúde da Família
GM/MS	Gabinete do Ministro/ Ministério da Saúde
GTH	Grupo de Trabalho da Humanização
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PAREPS	Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde
PET-Saúde	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
PMAQ-AB	Programa para Melhoria da Atenção e da Qualidade da Atenção Básica
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização
PROMED	Programa de Estímulo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina
Pró-Saúde	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UEL	Universidade Estadual de Londrina
UEM	Universidade Estadual de Maringá

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Figura 1</b>	Nuvem de palavras relacionadas aos dispositivos da PNH implantados.....	44
<b>Figura 2</b>	Nuvem de palavras relacionada à iniciativa de implantação dos dispositivos da PNH.....	45
<b>Figura 3</b>	Nuvem de palavras relacionada às mudanças que ocorreram com a implantação dos dispositivos da PNH.....	46
<b>Figura 4</b>	Nuvem de palavras relacionada às estratégias para implantação dos dispositivos da PNH.....	47
<b>Figura 5</b>	Nuvem de palavras relacionada à interação entre os atores envolvidos no processo de aprendizagem para implantação dos dispositivos da PNH.....	48
<b>Figura 6</b>	Nuvem de palavras relacionada à reflexão sobre a prática.....	49
<b>Quadro 3</b>	Categorias e subcategorias.....	50

## LISTA DE TABELAS

<b>Quadro 1</b>	Questões norteadoras para o grupo focal, a partir dos pressupostos da política de Educação Permanente em Saúde.....	39
<b>Quadro 2</b>	Profissionais das Unidades Básicas de Saúde participantes dos grupos focais.....	43
<b>Quadro 4</b>	Unidades Básicas de Saúde, segundo ano, tipo de intervenção e área física.....	62

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	<b>14</b>
1.1. Aproximação e construção da delimitação temática .....	14
1.2. O contexto da força de trabalho no sistema único de saúde .....	16
1.3. Movimentos de educação na saúde no contexto do sistema único de saúde ..	19
1.4. A educação permanente em saúde e sua interface com a política nacional de humanização .....	23
1.5. As políticas nacionais de educação permanente em saúde e de humanização no contexto da atenção básica em saúde .....	26
1.6. Humanização e educação: conceitos freireanos que os articulam .....	31
1.7. Problema da pesquisa .....	33
1.8. Justificativa .....	34
<b>2. OBJETIVO</b> .....	<b>35</b>
<b>3. PERCURSO METODOLÓGICO</b> .....	<b>36</b>
3.1. Tipo de pesquisa .....	36
3.2. Participantes e locais da pesquisa .....	36
3.3. Técnica, procedimentos e instrumento para coleta de dados .....	38
3.4. Análise e apresentação dos dados .....	39
3.5. Referencial teórico analítico .....	41
3.6. Aspectos éticos .....	42
<b>4. RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	<b>43</b>
4.1. Caracterização dos participantes .....	43
4.2. Os pressupostos da educação permanente em saúde na implantação da política nacional de humanização: análise lexical por meio de nuvens de palavras .....	44
4.3 a educação permanente em saúde na implantação da política nacional de humanização na atenção básica: as categorias temáticas .....	49
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>82</b>
<b>6. IMPLICAÇÕES DO ESTUDO PARA O ENSINO, PESQUISA E A PRÁTICA DA ENFERMAGEM</b> .....	<b>84</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>85</b>
<b>APÊNDICES</b> .....	<b>94</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>101</b>

## **1. INTRODUÇÃO**

### **1.1. Aproximação e construção da delimitação temática**

Formei-me em Enfermagem e Obstetrícia pela Universidade Estadual de Londrina (UEL), em janeiro de 1983 e iniciei minha vida profissional trabalhando em um hospital e em uma clínica de ginecologia e obstetrícia.

Ingressei na Secretaria de Saúde de Maringá em 1988. A partir de então, minha vida profissional esteve envolvida com o Sistema Único de Saúde (SUS). Tive a oportunidade de acompanhar o seu “nascimento” e toda a sua trajetória, fazendo parte desta história no município de Maringá. Nos 27 anos de Secretaria de Saúde atuei como enfermeira assistencial na atenção básica, fui chefe de Unidade Básica de Saúde (UBS) e enfermeira da Estratégia Saúde da Família (ESF). Entretanto, foi na Gerência de Planejamento que eu permaneci a maior parte do meu período profissional, totalizando quase 18 anos nesta função.

Devo dizer que descobri o prazer de ser uma profissional da área da saúde a partir do momento que compreendi a importância dos processos educativos e humanizadores enquanto ferramentas para a atenção e a gestão da saúde. Estas descobertas ocorreram durante a minha participação no processo de construção dos instrumentos de planejamento, de implantação de novos serviços e da minha experiência enquanto enfermeira da ESF. Tanto como enfermeira assistencial, como planejadora na área da saúde, sempre estive envolvida com atividades educativas.

O conhecimento dos profissionais e as suas práticas sempre me inquietaram e mobilizaram o meu desejo de levantar discussões e novas propostas de transformação dos sujeitos no processo de produção de saúde. Estive à frente da implantação da Política Nacional de Humanização (PNH) em Maringá, coordenando o Grupo de Trabalho de Humanização (GTH) durante o período de 2006 a 2011. Compreendo que humanização, educação permanente e planejamento estão profundamente relacionados entre si, pois devem envolver todos os sujeitos na construção de seus saberes, de suas metas e das suas práticas. Foram nestas áreas que nestes 32 anos de experiência profissional eu mais estive envolvida.

Fiz dois cursos de especialização: em Saúde Coletiva, pela Universidade Estadual de Maringá (UEM) e em Gestão Municipal pelo Centro Universitário de Maringá (UNICESUMAR), e uma das minhas monografias versou sobre o acolhimento na atenção básica. Participei também de um projeto de qualificação da atenção básica desenvolvido pela Secretaria do Estado da Saúde do Paraná, denominado Atenção Primária do SUS (APSUS), no qual fui selecionada como tutora dentre 150 profissionais, aproximadamente, em todo o Estado, para promover oficinas em forma de “ondas formativas”, visando à qualificação de todos os profissionais da atenção básica. Este projeto proporcionava discussões e trocas de experiência entre os profissionais da atenção básica, com o intuito de qualificar o processo de trabalho para o alcance das metas estabelecidas.

Como professora, também, ministrei aulas em cursos de especialização na área da saúde. Busquei sempre promover aulas dinâmicas, ainda que de forma simples, que implicassem na construção do conhecimento pelo próprio aluno.

Iniciei o Mestrado em Enfermagem na Universidade Estadual de Maringá (UEM) com um desejo imenso de explorar um mundo diferente e inovador. De buscar novas experiências e de ampliar as minhas responsabilidades enquanto profissional, uma vez que, quanto mais sabemos, mais temos a contribuir. Quero continuar me qualificando e, iniciando esta nova etapa, ampliar minha atuação como docente e pesquisadora, como também participar da construção do SUS e poder, talvez, presenciar a consolidação de seus princípios para a garantia da cidadania e dos preceitos éticos da nossa sociedade.

Este é o meu sonho, pois, como disse Freire:

Ai daqueles que pararem com sua capacidade de sonhar, de invejar sua coragem de anunciar e denunciar. Ai daqueles que, em lugar de visitar de vez em quando o amanhã, pelo profundo engajamento com o hoje, com o aqui e o agora, se atrelarem a um passado de exploração e de rotina. (FREIRE, apud BRANDÃO, 1983, p. 101)

Sendo assim, a presente dissertação possui como delimitação temática a Educação Permanente em Saúde (EPS) e, como contexto, a PNH no âmbito da Atenção Básica em Saúde.

Para tanto, o texto que segue procurou fundamentar a temática e o contexto, articulando-os com o Sistema Único de Saúde (SUS) e as interfaces com a atenção básica.

## 1.2. O contexto da força de trabalho no sistema único de saúde

A Constituição Federal (BRASIL, 1988) criou o SUS, o qual fundamentou-se em um conceito ampliado de saúde, como resultante das condições concretas de vida dos indivíduos e coletividades (CUNHA; MAGAJEWSKI, 2012). É importante considerar que esse sistema de saúde foi legalmente criado, incorporando à sua concepção muitas propostas e desejos de mudanças (FERREIRA; ARAÚJO, 2014).

Na trajetória de sua construção, o SUS foi marcado por muitos avanços, especialmente aqueles relacionados à universalidade e à descentralização (COTTA et. al., 2013). Entretanto, perpetua uma clara necessidade de avançar em alguns segmentos, tais como: financiamento, integralidade da atenção à saúde, política de Gestão do Trabalho e EPS, entre outros (ALVES; ASSIS, 2011).

A formulação e implementação de políticas no âmbito da Gestão do Trabalho no SUS organiza-se em torno de duas questões principais que, ao longo dos anos, vêm sendo tratadas em espaços institucionais específicos: a gestão dos processos, que organiza a atuação dos trabalhadores no sistema; e os processos de qualificação da força de trabalho, que visa capacitar os trabalhadores e atender às necessidades requeridas pela oferta de ações e serviços à população usuária do sistema. Neste contexto, observa-se que não se concretizaram muitas das intenções da construção de uma proposta de mudança fundamentada no ideário da Reforma Sanitária brasileira, a qual é fruto de consensos entre os formuladores de políticas, trabalhadores e população usuária do SUS (ALVES; ASSIS, 2011).

A desvalorização dos trabalhadores de saúde, a expressiva precariedade das relações de trabalho, o baixo investimento em processos de educação permanente, a pouca participação na gestão dos serviços e, também, o despreparo dos trabalhadores para lidar com a dimensão subjetiva da prática de

saúde, se constituem em desafios para se efetivar a Gestão do Trabalho no SUS (BRASIL, 2010a). Apresentam-se, também como fragilidades, a continuidade do cuidado e a responsabilização das equipes pelo seu trabalho (BRÊTAS et al., 2015).

Uma das dificuldades de se concluir a reforma sanitária em todos os países, constitui-se no fato de que o número de profissionais de saúde é insuficiente, são mal distribuídos e suas competências estão desalinhadas com as reais necessidades de saúde da população (DOMÍNGUEZ, 2014). Com relação a este último, a literatura nos diz que em vários países, a formação dos profissionais de saúde não consegue se adequar aos sistemas de saúde devido à rigidez curricular, pedagogia estática, adaptação insuficiente aos contextos locais, entre outros. Por estas razões, profissionais que estão sendo produzidos não têm as habilidades necessárias para entender os determinantes da saúde e tornarem-se mais responsivos às necessidades de saúde em mutação da população. Há também um crescente consenso mundial de que a educação dos profissionais de saúde não consegue, em sua plenitude, acompanhar as mudanças científicas, sociais e econômicas que transformam o ambiente de saúde (ZODPEY; SHARMA, 2014).

Os principais problemas gerados pelas transformações que vêm ocorrendo para responder às exigências do mercado de trabalho, à formação profissional descontextualizada das necessidades da população, às condições inadequadas dos locais de trabalho, entre outros, podem ser desmotivadoras para o profissional da saúde que busca aprimoramento e novos conhecimentos para o efetivo desempenho na assistência à saúde da população (SARRETA, 2012).

Com relação a este distanciamento entre a prática profissional e as necessidades da população, afirma-se que o conhecimento é construído quando o profissional vivencia experiências que são capazes de transformar seus saberes. Por este motivo, não pode existir separação entre prática e teoria, gestão e cuidado. Para Freire (2014), ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para sua própria produção, sendo que a construção e reflexão crítica sobre a prática se torna uma exigência da relação Teoria/Prática, sem a qual a teoria pode virar uma falácia e a prática, ativismo.

Baldissera e Bueno (2014) corroboram esse pensamento, afirmando que as dicotomias profissional/usuário, serviço/comunidade, gestão/cuidado não se perpetuam sob as premissas da educação permanente, porque fazem parte de um mesmo contexto, direcionando novos saberes e novas práticas indissociáveis.

Ainda há uma presença marcante do modelo biomédico nas práticas dos profissionais de saúde, que têm sido formados a partir de uma visão tecnicista e especializada da assistência, focada na doença e no ato prescritivo de produzir procedimentos, desconsiderando os demais determinantes do processo saúde-doença e a subjetividade dos sujeitos (COTTA et. al., 2013). Por isso, os profissionais vêm enfrentando dificuldades para lidar com questões amplas da atuação prática no SUS, como, por exemplo, trabalhar em equipe, atuar como equipes generalistas e desenvolver uma atuação conjunta com a família e com a comunidade. Evidencia-se, portanto, um descompasso entre a formação dos profissionais de saúde e as necessidades geradas pelo sistema de saúde brasileiro (COTTA et al., 2013).

Para romper com a atual organização do trabalho desempenhado nos serviços de saúde, se faz necessária a preparação de profissionais de acordo com os princípios do SUS (LEITE et. al., 2012). Assim, o novo modelo almejado pelas instituições do SUS busca profissionais com perfis diferenciados daquele encontrado no ensino tradicional, que, por consequência, exige um novo modelo de ensino.

Sendo assim, esforços concentrados e imediatos para transformar e intensificar a educação dos profissionais de saúde são necessários para que se obtenha a combinação certa de suas habilidades e competências e possa responder às necessidades das populações ao redor do mundo, o qual encontra-se em constante mudança e evolução (WHO, 2013).

Para minimizar estas lacunas, processos de ensino-aprendizagem que suscitam a crítica e a problematização, certamente, seriam de grande serventia.

Na referida ótica, devemos considerar a importância dos trabalhadores da saúde como integrantes do quadrilátero da formação, o qual também é composto pelos usuários, gestores e instituições de ensino (CECCIM, 2005) e que visa à modificação da educação tradicional, centrada no professor e na

transmissão do conhecimento, por uma educação interacionista e problematizadora.

Considerando que o SUS é um processo social em construção e que os profissionais de saúde são importantes sujeitos desse processo, destaca-se o papel da educação permanente como um dos mais relevantes instrumentos para a garantia da força de trabalho vocacionada para o cuidado humanizado (COTTA et. al., 2013) e para a prática de saúde mais integralizadora.

Para que o trabalhador de saúde possa ocupar lugar ativo no SUS, é preciso abandonar ou desaprender o seu modo submisso e reprodutor de modelos hegemônicos, e ser um sujeito produtor de subjetividade, permitindo-se aprender e desaprender, para novamente aprender. O desafio, portanto, para suprir essa necessidade é pensar uma nova pedagogia na saúde, que possa implicar a construção de sujeitos comprometidos sócio-historicamente com a construção da vida social e coletiva (SARRETA, 2012).

No Brasil, o Ministério da Saúde tem concentrado esforços para articular seus programas e políticas e investir na formação de seus trabalhadores, pois estes se constituem em agentes de mudanças e, para tal, precisam ser considerados como sujeitos da aprendizagem, ativos e aptos a aprenderem a aprender, aprenderem a fazer, aprenderem a conviver e aprenderem a ser (BRASIL, 2014a).

### 1.3. Movimentos de educação na saúde no contexto do sistema único de saúde

Foram diversos os movimentos que culminaram na concepção problematizadora de educação na saúde, simultâneos aos mesmos movimentos de construção e consolidação do SUS, pois de fato são imbricados.

A Rede Unida, criada em 1985 durante um encontro de docentes, pesquisadores e profissionais de saúde envolvidos na qualificação da educação profissional em saúde, se destacou no cenário nacional em relação à formação de recursos humanos, desenvolvendo eventos em saúde sobre a temática e ações junto às instituições de ensino e serviços de saúde. Entidade presente e ativa no movimento da Reforma Sanitária brasileira, não se tratou apenas de um movimento de trocas de experiências, mas de uma intervenção concreta nas

políticas públicas relacionadas à formação dos profissionais de saúde. (REDE UNIDA, 2016).

Esta rede foi de fundamental importância na promoção do diálogo entre gestores do SUS e as universidades, no sentido de inserir esses segmentos em um cenário que pudesse garantir a participação de todos os agentes políticos na reformulação das diretrizes curriculares. A história da Rede Unida vem marcada por ações de humanização, em especial no que se refere ao desenvolvimento dos profissionais de saúde, almejando a melhoria da saúde brasileira (REDE UNIDA, 2016).

Em 1986 foi realizada a I Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde no Brasil. Nesta oportunidade, evidenciou-se que o estabelecimento das relações profissionais e usuários não dependiam somente de melhores salários e condições de trabalho, mas também de outros determinantes, como a articulação mais estreita entre as instituições que prestam serviços e aquelas que formam pessoal de saúde (CELEDÔNIO et al., 2012).

Em 1988, a Constituição Federal (BRASIL, 1988) em seu artigo de número duzentos, e em 1990 a Lei nº 8.080/90 (BRASIL, 1990) no artigo de número seis, estabeleceram como um de seus campos de atuação “ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde”, aplicando-se tanto à formação acadêmica, como também a do profissional de saúde já inserido no trabalho.

Nas Diretrizes Curriculares, dirigentes do Ministério da Educação e Cultura e do Ministério da Saúde aprovaram, no final de 2001, a criação de um Programa de Estímulo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (Promed). O programa apoiou e sustentou dezenove escolas médicas no processo de mudança curricular (BRASIL, 2011).

Dada a relevância da formação profissional alinhada às reais necessidades de práticas de saúde e balizadas pelas diretrizes do SUS, em 2003, foi criada a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES) com o objetivo de formular políticas orientadoras da gestão, formação, qualificação e regulação dos trabalhadores da saúde no Brasil (FRANÇA et al., 2015).

No ano seguinte, em 2004, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) por meio da Portaria nº 198/GM/MS (BRASIL, 2004), buscando investir numa estratégia de formação e desenvolvimento dos trabalhadores do SUS.

A referida Portaria trouxe como propostas de iniciativas inovadoras a transformação da rede de gestão e de serviços em ambientes-escola, a mudança nas práticas de formação e de saúde como construção da integralidade da atenção à saúde da população, a instituição da educação permanente de trabalhadores para o SUS, a construção de políticas de formação e desenvolvimento com bases locais e a avaliação como estratégia de construção de um compromisso institucional de cooperação e de sustentação do processo de mudança. Para o alcance destas propostas, o Ministério da Saúde constituiu Polos de Educação Permanente do SUS, como instâncias interinstitucionais e locais/ rodas de gestão (BRASIL, 2004).

Com o intuito de promover à integração ensino-serviço-comunidade, os Ministérios da Saúde e Educação lançaram em 2005 o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), inspirado no Promed. O referido programa objetivou estimular nos cursos de saúde estratégias de ensino-aprendizagem que valorizassem à inserção dos estudantes no cenário real de práticas da rede SUS, buscando gerar reflexões e transformações nos saberes e ações cotidianos (MORAIS et. al., 2012).

Em 2007 foi publicada a Portaria nº 1.996, que dispunha sobre as diretrizes para a implementação da PNEPS, definindo, entre outras questões, que a condução regional desta Política se daria por meio dos Colegiados de Gestão Regional (CGR), com a participação das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES) (BRASIL, 2007).

As CIES são instâncias que participam da formulação, execução, acompanhamento e avaliação de ações da EPS e são compostas pelos gestores de saúde, gestores de educação, trabalhadores do SUS, instituições de ensino com cursos na área da saúde e movimentos sociais ligados à gestão das políticas públicas de saúde e do controle social. A referida Portaria definiu também como atribuição do CGR, a construção coletiva e definição do Plano de

Ação Regional de Educação Permanente em Saúde (PAREPS) para a região, a partir das diretrizes nacionais, estaduais e municipais (BRASIL, 2007).

No que se refere aos participantes desse processo, a proposta de EPS congrega e articula os diferentes atores, destinando a todos um lugar de protagonismo na condução dos sistemas locais de saúde, e utiliza-se do quadrilátero da formação como ferramenta imprescindível para que o protagonismo encontre viabilidade.

Associado ao Pró-Saúde, o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) foi instituído em 2008 por iniciativa do Ministério da Saúde em parceria com o Ministério da Educação, possibilitando a fomentação de equipes tutoriais de aprendizagem com inserção de estudantes de graduação nos serviços e na comunidade, para a formação voltada às necessidades de saúde da população assistida pelo sistema de saúde brasileiro (MORAIS et al., 2012).

A importância do PET-Saúde para o ensino e prática profissional é corroborada em experiência relatada por Santos, Almeida e Reis (2013), da Universidade Federal de Alagoas, onde o projeto PET-Saúde Enfermagem foi desenvolvido com ações de educação em saúde voltadas para as necessidades de comunidades atendidas pelas Unidades de Saúde da Família em Maceió- AL. Nesta experiência, observou-se que as atividades resultaram não só em mudança na aprendizagem dos estudantes, mas também na prática das enfermeiras preceptoras do PET-Saúde.

Mais recentemente, em 2014, foi publicada uma nova portaria que instituiu diretrizes para a implementação da Política de EPS, a Portaria nº 278/ 2014. Essa portaria estabelece as seguintes diretrizes: a valorização do trabalhador e do trabalho em saúde; o fomento às práticas educacionais em espaços coletivos de trabalho, fortalecendo o trabalho em equipes multiprofissionais; e a promoção da aprendizagem significativa por meio da adoção de metodologias ativas e críticas. Define, entre outras ações importantes, a construção de Planos de Educação Permanente em Saúde como norteadores de processos educativos dos trabalhadores do Ministério da Saúde, construídos coletivamente pelas Secretarias e Unidades do Ministério da Saúde nos Estados. Os referidos Planos devem se constituir como uma estratégia política para o enfrentamento da

fragmentação dos serviços e das ações de saúde e valorizar as múltiplas dimensões humanas nos processos de ensino-aprendizagem com vistas ao aprimoramento do SUS (BRASIL, 2014b).

Diante desses fatos, observa-se que os movimentos e as Políticas de Saúde têm direcionado os gestores a implantarem a EPS, buscando a qualidade da assistência à saúde e a humanização dos serviços como ferramentas essenciais para a consolidação do SUS. Este direcionamento é confirmado no Plano Nacional de Saúde 2016-2019, que estabeleceu em uma de suas diretrizes, o fomento às iniciativas de EPS, visando equacionar o desafio inerente à disponibilização de recursos empregados no SUS: a qualificação, a atualização e a gestão dos recursos humanos (BRASIL, 2016). Entre as áreas de atuação propostas no referido Plano para o desenvolvimento da Política de EPS, citam-se: reorientação da formação profissional na graduação em saúde de acordo com as necessidades do SUS e diretrizes curriculares nacionais; aprimoramento dos mecanismos de identificação e tratamento das demandas de qualificação dos trabalhadores do SUS e das necessidades de modificação dos processos de trabalho, em todas as instâncias do SUS; fomento à ampliação do acesso dos trabalhadores da saúde à qualificação em serviço; fomento à criação e fortalecimento das estruturas institucionais da gestão da educação e do trabalho na saúde, nos municípios e estados, para a implementação da política em nível local. (BRASIL, 2016).

#### 1.4. A educação permanente em saúde e sua interface com a Política Nacional de Humanização

Concomitante ao movimento de implantação da Política de EPS, em 2003, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Humanização (PNH), denominada HumanizaSUS, visando fortalecer e reorganizar o sistema público de saúde, com o aprimoramento da qualidade da atenção e da gestão (AMARANTE; CERQUEIRA; CASTELAR, 2014).

No que se refere às Políticas de Humanização e de EPS, observa-se que existe uma interface entre as mesmas, já que ambas buscam o aprimoramento dos processos de trabalho a partir do protagonismo dos trabalhadores, gestores

e usuários do SUS, que estão diretamente implicados no processo de produção de saúde. Estas políticas se complementam, pois, enquanto a Política de EPS busca o aprimoramento na formação e no desenvolvimento dos trabalhadores da saúde para que estes atuem de forma efetiva no sistema público de saúde, a PNH traz diretrizes, dispositivos e ferramentas para dar operacionalidade às práticas dos atores que compõem este processo.

A EPS trabalha com ferramentas que buscam a reflexão crítica sobre as práticas de atenção, gestão e formação, sendo, por si só, um processo educativo aplicado ao trabalho, possibilitando mudanças nas relações, nos processos, nos atos de saúde e nas pessoas e uma melhor articulação para dentro e para fora das instituições, e isso vai ao encontro dos princípios da humanização (CAROTTA; KAWAMURA; SALAZAR, 2009).

Os primeiros anos da PNH foram destinados à formulação e consolidação da humanização enquanto política pública, com sustentação teórico-metodológica, sensibilização e mobilização dos serviços de saúde, trabalhadores, gestores e usuários, fazendo conhecer a PNH por meio de atividades extensivas, entre outras (PASCHE; PASSOS; HENNINGTON, 2011). Para estes mesmos autores, a PNH não inaugurou o tema da humanização no sistema de saúde brasileiro, mas mudou seu sentido e suas estratégias.

Até o ano de 2003 havia uma série de iniciativas de humanização, tais como o Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar, o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento e o Método Canguru em 2000, como também o Programa de Acreditação Hospitalar em 2001, que confirmavam a presença de projetos e ações relacionados à humanização da atenção à saúde na construção do SUS, ainda que parcialmente (SOUZA; MENDES, 2009). No entanto, em sua maioria, essas iniciativas eram localizadas ou pontuais, pois tinham por características a dinâmica de programas, a baixa transversalidade entre outros programas e setores do Ministério da Saúde, e se estruturavam a partir de concepções variadas e de intenções e enfoques específicos. Diante desta problemática, a humanização nasceu como política que atravessa as diferentes instâncias gestoras do SUS, com o propósito principal de criar operações capazes de construir trocas solidárias, contagiar a rede por meio de atitudes e ações humanizadoras, incluindo os gestores, trabalhadores da saúde

e usuários, e orientar novas práticas de atenção e gestão do SUS (BRASIL, 2010a).

A partir de 2006, na perspectiva de qualificar e potencializar ações e estratégias da PNH foi criado o Curso de Formação de Apoiadores para a PNH. Sua finalidade era promover a capilaridade da PNH em todo o país, multiplicando seus atores por meio da constituição de um grupo de formadores que teriam a função de acompanhar o processo de formação-intervenção de apoiadores institucionais de forma mais sistematizada, com atividades intensivas de apoio aos serviços e equipes de saúde (PASCHE; PASSOS; HENNINGTON, 2011).

Desde então, estes entendimentos têm sido experimentados pela PNH em processos de formação que vêm sendo desenvolvidos em parceria com escolas do governo, gestores estaduais e municipais e instituições de ensino superior, entre outros (BRASIL, 2010b).

A formação para a PNH é inseparável da intervenção e, por isso, os cursos promovidos são, ao mesmo tempo, estratégias de capilarização da política e de experimentação de diretrizes, métodos e dispositivos da PNH em toda rede do SUS (PASCHE; PASSOS; HENNINGTON, 2011).

No Documento Base para Trabalhadores e Gestores do SUS (BRASIL, 2010a) a humanização é conceituada como a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores. Os valores que norteiam essa política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários, a construção de redes de cooperação e a participação coletiva no processo de gestão.

Um dos maiores desafios enfrentados pela PNH desde seu surgimento é o de fazer coincidir as práticas em humanização na saúde com o sentido conferido por esta Política, confrontando-se com sentidos incapazes de promover movimentos reais de mudança na saúde (VERDI; FINKLER; MATIAS, 2014). Nesse sentido, a PNH veio com a missão de interferir nos processos de trabalho, conferindo-lhes qualidade e resolutividade.

A humanização como estratégia de intervenção nos processos de trabalho e na geração de qualidade da saúde, vai ao encontro dos princípios do

SUS ao enfatizar a necessidade de se assegurar atenção integral à população, bem como estratégias que ampliem a condição de direitos e de cidadania dos indivíduos (COTTA et. al., 2013). Para isso, a PNH dispõe de diretrizes e dispositivos que trazem reflexões sobre a prática dos profissionais na sua rotina diária e propõem novas formas de atuar com responsabilização e vínculo. Dão operacionalidade à política, propondo novos modos de fazer, desenvolvidos para acionar as práticas de produção de saúde, visando promover mudanças nos modelos de atenção (BRASIL, 2010a).

No município do estudo, a PNH teve o seu início no ano de 2006, com a criação de um GTH Municipal. Este GTH inicialmente era composto por trabalhadores da Secretaria de Saúde, unidades de saúde e Hospital Municipal. Posteriormente foi agregando representantes de universidades, Conselho Municipal de Saúde, hospitais conveniados ao SUS, instituições filantrópicas, entre outras, que participavam de reuniões mensais para leitura de material do Ministério da Saúde, trocas de experiências e discussão sobre o andamento da implantação dos dispositivos nas instituições (MARINGÁ, 2011). Essas atividades foram registradas até o ano de 2011 pela coordenação do grupo. Atualmente o GTH Municipal encontra-se desativado.

#### 1.5. As Políticas Nacionais de Educação Permanente em Saúde e de Humanização no contexto da atenção básica em saúde

Em 2010, o Ministério da Saúde propôs a estruturação das Redes de Atenção à Saúde (RAS), por meio da Portaria nº 4.279/2010, para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do SUS, com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços que necessita, com efetividade e eficiência.

Na sua concepção, as RAS estabelecem a atenção básica como primeiro nível de atenção. Devem constituir-se como principal porta de entrada do sistema, realizar e coordenar o cuidado em todos os pontos de atenção e desenvolver cuidados primários resolutivos sobre os problemas mais comuns de saúde (MENDES, 2012).

Destaca-se a importância das equipes da atenção básica integradas com outros pontos do sistema, promovendo a continuidade do cuidado ao usuário na Rede de Atenção à Saúde (RAS) (BRÊTAS et al., 2015).

Segundo a Portaria nº 2.488/2011, a atenção básica:

Caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos” (BRASIL 2012, p. 2).

Segundo esta mesma Portaria:

No que se refere à gestão, a atenção básica é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas, pois deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Por isso, é fundamental que ela se oriente pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A atenção básica, portanto, considera o sujeito em sua singularidade e inserção sócio-cultural, buscando produzir a atenção integral (BRASIL. 2012, p. 2).

Além disso, a atenção básica tem demonstrado ser uma estratégia para promover um sistema de saúde efetivo, fortalecer os serviços da saúde e melhorar a qualidade de vida da população (RODRÍGUEZ-VILLAMIZAR; RUIZ-RODRÍGUEZ; ACOSTA-RAMÍREZ, 2015).

Para se adequar às características propostas pelo Ministério da Saúde, a atenção básica deve ser dotada de infraestrutura e capacidade resolutiva, por meio do vínculo e da responsabilização do profissional com o usuário e com a

comunidade. Entretanto, no processo de construção de vínculos, responsabilização e resolutividade da atenção básica, são muitos os desafios encontrados, os quais impedem a criação de novos arranjos de trabalho, novas formas de gestão, novas perspectivas de olhar para a saúde e dificultam a reformulação do conceito saúde-doença, a integração do usuário no sistema de modo ativo e a valorização dos trabalhadores. Estes requisitos são importantes para encontrar maneiras singulares de produzir saúde e enfrentar circunstâncias que podem ser transformadoras para o cotidiano (BRASIL, 2009).

Starfield (2002) afirmou que a persistência do modelo biomédico e a lacuna que se observa sobre a adesão aos atributos da atenção básica tornam imprescindível a discussão sobre a formação de recursos humanos para o SUS, buscando melhores alternativas para a garantia de que as práticas atendam aos desafios necessários para a implementação de uma atenção básica de qualidade.

Muitas vezes os cursos, treinamentos e outras modalidades de educação, ocorrem desarticulados do contexto da atenção básica e nem sempre respondem às necessidades dos gestores e trabalhadores (SILVA; OGATA; MACHADO, 2007).

A importância da EPS nas equipes de saúde é opinião unânime entre os trabalhadores. Porém, diante de sua complexidade e de um cotidiano atarefado, essa estratégia tem se tornado secundária para a qualificação dos processos de trabalho (PEDROSO et al., 2014).

Diante disso, pela sua importância e responsabilidade, a atenção básica tornou-se lócus das Políticas de Humanização e de EPS, pois tanto a PNEPS quanto a PNH, são importantes ferramentas de gestão que acompanham os avanços do conhecimento e favorecem a proposição de soluções viáveis aos problemas de saúde que constituem o cotidiano da atenção básica (FERRAZ et al., 2012).

A PNEPS pretende que os processos educativos transcendam a simples aquisição de habilidades intelectuais e psicomotoras e se apresentem como uma alternativa política para enfrentar o problema da fragmentação dos serviços e das ações de saúde, buscando o desenvolvimento de potencialidades individuais e coletivas que favoreçam compromissos com o aprimoramento dos processos

de trabalho. Assim, os processos educativos devem desenvolver um modo de fazer direcionado às diretrizes políticas pactuadas em conformidade com os objetivos estratégicos do MS, considerando os seguintes pressupostos: (1) Desenvolvimento de metodologias que favoreçam o protagonismo dos sujeitos e a construção de coletivos de trabalhadores, incluindo os gestores; (2) Possibilidades de transformação da realidade com melhorias nos processos de trabalho; (3) Interação entre os atores envolvidos no processo de aprendizagem; e (4) Reflexão sobre a prática como orientadora da construção e sistematização coletiva do conhecimento (BRASIL, 2014a).

Nesse sentido, a PNEPS pressupõe a aprendizagem no contexto do trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações, baseando-se na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas dos trabalhadores da saúde, conduzindo-os para um fazer empoderado. Neste sentido, a reflexão crítica sobre as práticas de atenção, gestão e formação, é um processo educativo aplicado ao trabalho, possibilitando mudanças nas relações, nos processos, nos atos de saúde e nas pessoas e uma melhor articulação para dentro e para fora das instituições (BRASIL, 2014a). Sendo assim, as metodologias ativas de aprendizagem entre os profissionais são intervenções necessárias à construção da atenção humanizada.

As exposições dialogadas e/ou problematização são instrumentos favorecedores do processo educativo ativo, incorporando a aprendizagem à rotina dos serviços, de forma que os problemas vivenciados se tornem pano de fundo das discussões. A aprendizagem significativa, que é um dos princípios da EPS, é ancorada na problematização das práticas concretas dos trabalhadores, por meio da qual se cria estratégias coletivas para a superação dos desafios cotidianos (SAMPAIO et al., 2014).

O embasamento da problematização que alicerça essas experiências pressupõe que o grande desafio da utilização das metodologias ativas está em estabelecer a autonomia e a liberdade do educando, de modo que este participe ativamente do processo ensino-aprendizagem, não como mero expectador ou reproduzidor de informação, mas como indivíduo crítico, reflexivo e construtor do conhecimento (FREIRE, 2014).

De fato, processos educativos eficazes devem ser capazes de fomentar nos participantes um desejo de promover uma prática que seja adequada às necessidades do usuário, impulsionados pelas abordagens pedagógicas ativas, pois é pensando criticamente a prática de ontem que podemos melhorar a próxima prática (FREIRE, 2014).

Quanto à grupalidade, que sugere espaços coletivos de discussão e cogestão, constitui-se também como outra intervenção imprescindível para o estabelecimento de novos arranjos laborais, que permitam a construção da gestão e atenção humanizadas. A participação dos indivíduos nos espaços coletivos em seu território de atuação os torna corresponsáveis pela construção de um processo de trabalho articulado, sólido e produtor de resultados assertivos sobre a saúde da população assistida. Não resta dúvida que estamos imersos em uma sociedade em constante transformação e que as antigas formas de se fazer já não servem. Em uma sociedade onde a hierarquização das estruturas sociais é cada vez menor, não cabe outra opção, se não o diálogo (JIMÉNEZ, 2014).

Neste sentido, vários são os territórios dialógicos propostos pela PNH, inseridos na diretriz da cogestão. Entre eles está o Grupo de Trabalho de Humanização (GTH), o qual atua como uma ferramenta, constituindo os sujeitos e os organizando, admitindo capacidades de transformações e rupturas que permeiam novos modos possíveis, capazes de mobilizar o pensamento e a atuação no campo da saúde (PAULON et al., 2014). Outro ambiente que incentiva a grupalidade é o Método da Roda, definido como um espaço coletivo de “ofertas e demandas” que, submetidos à análise cotidiana, se transformam em projetos, tarefas e ações (CARDOSO, 2012).

Assim, uma forma de ampliar as práticas humanizadas consiste na efetiva participação dos sujeitos na tomada de decisões nos serviços de saúde (NORA; JUNGES, 2013), caracterizando a grupalidade. A implementação de processos de gestão participativa, assim como a EPS para as equipes de saúde de todo o sistema, vem somar na criação de um desenho favorável à humanização (CUNHA; MAGAJEWSKI, 2012).

Deste modo, a participação dos indivíduos nos ambientes de discussão faz com que estes se tornem protagonistas na formulação de novas práticas,

pois a condição que possibilita os sujeitos saírem de uma postura de passividade para se tornarem protagonistas da construção de seus próprios conhecimentos é o exercício da participação, estimulado pelas metodologias ativas e a valorização da realidade (AMESTOY et al., 2008) inerente aos processos de grupalidade.

Apesar disso, um conceito de humanização que se ancore em princípios como autonomia e protagonismo dos sujeitos no processo de gestão, vem se constituindo como um dos desafios da PNH, desde a sua criação (VERDI; FINKLER; MATIAS, 2014), pois entende-se que, para a efetivação do SUS, é necessária a participação de todos os envolvidos no processo de produção de saúde (BRASIL, 2014a) e nem sempre isto acontece. A falta de envolvimento de todos esses atores no processo constitui uma barreira importante para a construção de um modelo de atenção voltado ao interesse de todos que estão implicados no processo, pois este deve ser orientado pelos valores da autonomia e protagonismo dos sujeitos envolvidos, como também pelo respeito aos direitos dos usuários e participação coletiva no processo de gestão (AMARANTE; CERQUEIRA; CASTELAR, 2014).

Protagonismo e autonomia, portanto, são imprescindíveis para tornar as ações educativas, pautadas em metodologias ativas de aprendizagem, em encontros coletivos de trocas de saberes, capazes de transformar as práticas dos profissionais, tal qual idealizado nas diretrizes da EPS (BRASIL, 2014a).

Afirma-se que um frágil sistema de cogestão e de avaliação dos processos de trabalho, culpabilizando unicamente os trabalhadores pelo mau ou bom funcionamento do serviço, não fortalece a autonomia e o protagonismo na produção de saúde e dificulta a implantação e efetivação de novas políticas, ações e práticas (GUEDES; PITOMBO; BARROS, 2009).

#### 1.6. Humanização e educação: conceitos freireanos que os articulam

O mundo da desumanização, onde o indivíduo tem-se distanciado da sua essência, remete a uma necessidade de repensar as atitudes e as práticas, quer na vida diária ou no trabalho.

Para Freire, a humanização é uma vocação do ser humano. É negada com a injustiça, a exploração, a opressão, a violência, a dominação dos que oprimem e dominam, mas é afirmada no exercício da liberdade, da justiça, da luta daqueles que sofrem a opressão e a dominação (FREIRE, 2014). Para existir, a humanização somente pode acontecer se balizada pela ação-reflexão-ação, que faz dotar de sentido a sua existência e a do outro, permeada pelo que Freire (2011) denominou de aprendizado mediatizado pelo mundo, capaz de transformação da realidade.

Corroborando, não se pode estimular o homem à mudança sem entender a sua existência, sua visão e interpretação deste mundo (FERREIRA et al., 2013). Assim, a luta pela transformação e pela humanização tem colocado em evidência o protagonismo dos sujeitos, como seres inacabados, em constante busca pela mudança, tendo em vista o ideário da humanização das relações. O ser humano, portanto, é um ser inacabado em processo constante de humanização e a educação libertadora é igual à humanização do ser humano (MELO JÚNIOR; NOGUEIRA, 2011).

No entanto, contrapondo-se a esse conceito amplo de humanização, existem enfoques equivocados sobre sua configuração nos serviços de saúde. Neste sentido, reside a noção de que humanização está quase sempre ligada ao “tratar bem” o usuário (FERREIRA; ARAÚJO, 2014).

Esse conceito de humanização, entre outras coisas, é um sentido reducionista da dimensão do termo, acarretando um entendimento de que se deve exigir dos trabalhadores em geral uma postura de bom atendimento. Esse juízo, apequenado pelo senso comum não raro, exclui outras ações que dão sustentação ao crivo ético-político da humanização e, por isso, a escolha do debate na ótica do trabalho cotidiano em saúde deve trazer em seu bojo um ideário de transformação que coaduna com a produção de saúde na perspectiva da produção da vida (FERREIRA; ARAÚJO, 2014).

E, para se transformar essa situação de desumanização, é necessário combater a imobilidade daqueles que esperam que a opressão desapareça por si só (FERREIRA; ARAÚJO, 2014).

Neste sentido, Freire (2014) aponta que os próprios oprimidos hospedam o opressor dentro de si, prejudicando o processo libertador. Para se libertar da

opressão, os oprimidos necessitam saber que são também seus próprios opressores, porque não buscam a libertação. Os opressores somente irão mudar pela ação dos oprimidos, jamais por iniciativa própria dos opressores.

A opressão relacionada ao contexto do processo de trabalho em saúde reside, há de se destacar, na manutenção de formas de se produzir saúde sem a devida reflexão do saber-fazer e do saber-mais defendido por Freire (2011) como caminhos para a superação da opressão.

Dito isso, cumpre ressaltar que as políticas públicas possuem a capacidade indutora de mudanças ou de manutenção de saberes e fazeres, dado seu caráter norteador de práticas, podendo ou não superar essa condição de opressão. Uma política pública é uma intervenção do Estado na realidade social. E assim sendo, o tipo de impacto que ela provoca nesta realidade, os benefícios que ela pode produzir e a quem ela beneficia, são construídos durante toda a sua trajetória, desde o momento da sua elaboração até a sua operacionalização (BONETI, 2012). Dessa forma, as políticas públicas podem caracterizar-se como forma de opressão, se subjugarem e controlarem os envolvidos para uma prática alienante, ou podem aglutinar novas práticas ao permitirem o livre desenvolvimento daqueles implicados com o processo. Esse caminho livre e autônomo, que a política pode conduzir – tal qual o ideário da EPS – é tão educativo quanto humanizador.

### 1.7. Problema da pesquisa

Considerando a relevância da força de trabalho para o SUS e a implicação da educação permanente para a transformação das práticas de saúde, na perspectiva da humanização no âmbito da atenção básica, o presente estudo debruçou-se na seguinte questão de pesquisa: como se configuram as práticas de educação permanente no processo de construção e organização da Política de Humanização na atenção básica?

### 1.8. Justificativa

O presente estudo se justifica pela escassez de publicações que abordam a relação entre os processos de formação profissional, a EPS e a PNH na atenção básica, tal qual se propôs nessa investigação. Em uma busca recente na literatura nacional e internacional sobre as práticas de EPS relacionadas à implantação e utilização dos dispositivos da PNH, tais como acolhimento, classificação de risco e cogestão, no âmbito da atenção básica brasileira, foram encontradas 2.668 publicações, porém, destas, apenas sete artigos respondiam a esta questão.

Atribui-se, então, que esta pesquisa contribui com a produção científica no sentido de preencher a lacuna apontada. Seus resultados poderão ajudar a gestão local a tomar algumas decisões, no sentido de elucidar os dispositivos da PNH organizadas na atenção básica e os processos de EPS que estão implicados nesta organização.

E, considerando que a enfermagem pauta seu discurso na necessidade do cuidado integral e humanizado, este estudo também trará benefícios a esta categoria profissional, pois desvela, ainda que em parte, as ações de educação permanente e de humanização no cotidiano das equipes.

## **2. OBJETIVO**

Analisar as práticas de Educação Permanente em Saúde que permearam os processos de implantação e organização da Política Nacional de Humanização na atenção básica, em um município paranaense.

### **3. PERCURSO METODOLÓGICO**

#### **3.1. Tipo de pesquisa**

Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa, do tipo exploratória e descritiva.

De acordo com Minayo (2002), a abordagem qualitativa, busca o entendimento aprofundado dos significados e relações sociais, levantando motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes.

Para Prodanov e Freitas (2013), o caráter exploratório do estudo, tem a finalidade de proporcionar mais informações sobre o assunto, possibilitando sua definição e seu delineamento.

O caráter descritivo da pesquisa busca registrar e descrever os fatos observados, não interferindo neles e permitindo descrever as características do fenômeno. A pesquisa descritiva assume, em geral, a forma de levantamento. Envolve o uso de técnicas padronizadas de coleta de dados: questionário e observação sistemática (PRODANOV; FREITAS, 2013).

#### **3.2. Participantes e locais da pesquisa**

Os participantes foram trabalhadores de seis UBS do município de Maringá-PR, de diversas categorias profissionais. O interesse por esse público-alvo deveu-se ao fato de que se constituem nos principais atores para que as transformações do processo de trabalho aconteçam. Assim, decidiu-se que os trabalhadores seriam alvo da investigação, muito embora se considere a importância dos usuários, gestores e formadores para a compreensão do processo em pauta.

Para a escolha dos participantes, foram selecionadas UBS com mais de um ano de funcionamento, até o ano de 2015 e que já tinham dispositivo da PNH implantado. Isso foi constatado por meio de levantamento realizado junto a Secretaria Municipal de Saúde. De posse dessa informação, foi realizado um sorteio de seis UBS, utilizando-se a estratificação pelo número total de trabalhadores em cada uma, sendo: duas UBS com até 40 trabalhadores, duas

que possuíam entre 41 a 60 trabalhadores e duas com 61 trabalhadores ou mais, segundo informações do setor de recursos humanos da Prefeitura Municipal de Maringá.

Os integrantes foram convidados a participar por meio de um contato via telefone com os diretores das UBS, os quais repassaram o convite aos trabalhadores.

O único critério para inclusão na pesquisa era identificar-se como profissional envolvido com a PNH. Para o enriquecimento das discussões foi solicitado que as UBS identificassem participantes de categorias profissionais distintas, com o intuito de que o grupo fosse heterogêneo. Não se estabeleceu número definido de participantes. Desta forma, para cada uma das seis UBS eleitas, foram organizados grupos de trabalhadores que participariam da pesquisa e assim foram compostos: UBS 1: duas enfermeiras, três Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e um auxiliar de farmácia; UBS 2: uma médica, uma enfermeira, dois ACS, um auxiliar administrativo, um auxiliar de serviços gerais, uma técnica de enfermagem, uma auxiliar de enfermagem, um auxiliar de consultório dentário, um dentista e um auxiliar de farmácia; UBS 3: uma enfermeira, duas auxiliares de enfermagem, três ACS e um auxiliar de consultório dentário; UBS 4: uma psicóloga, quatro ACS, uma nutricionista do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), uma auxiliar de farmácia, uma auxiliar de serviços gerais, duas auxiliares de enfermagem, um auxiliar administrativo, uma auxiliar de consultório dentário, uma técnica de saúde bucal e um dentista; UBS 5: uma enfermeira, uma ACS, duas auxiliares administrativas, uma auxiliar de serviços gerais, um dentista e uma técnica de enfermagem; UBS 6: três ACS, uma nutricionista do NASF, um educador físico do NASF, uma fisioterapeuta do NASF, uma enfermeira e uma auxiliar de enfermagem.

Os grupos foram denominados de grupos focais, por considerar que essa seria a técnica de coleta de dados. Os encontros ocorreram na sala de reuniões das próprias UBS.

### 3.3. Técnica, procedimentos e instrumento para coleta de dados

Para coleta de dados foi utilizado o grupo focal, que representa uma técnica de coleta a partir da interação grupal em que desenvolve ampla problematização sobre um tema ou foco específico (BACKES et al., 2011). Optou-se por essa técnica por ser considerada adequada à exploração dos pontos de vista dos participantes, a partir de reflexões sobre o processo de implantação da PNH na atenção básica, em seu próprio vocabulário, gerando suas próprias perguntas e buscando respostas pertinentes à questão sob investigação.

Uma das características principais do grupo focal é que a diversidade de opiniões sobre o mesmo fato permite traçar um panorama geral do objeto pesquisado. O grupo focal desenvolve-se a partir de uma perspectiva dialética, na qual o grupo possui objetivos comuns e seus participantes procuram abordá-los trabalhando como uma equipe (BACKES et al., 2011). Pela interação que o grupo focal promove entre os diferentes participantes, podem surgir ideias mais aprofundadas (VAN DONGEN et al., 2016).

Respeitando o rigor que a técnica de grupo focal exige, cada grupo teve entre seis e quatorze participantes (BACKES et al., 2011), em grupos heterogêneos por UBS. Foram conduzidos seis grupos focais, sendo um por UBS. Aponta-se que apenas um encontro por grupo das UBS foi suficiente, não havendo necessidade de outros encontros para complementação das ideias. Os encontros foram realizados nos meses de março a junho de 2016.

Como instrumento de pesquisa foi utilizado um roteiro composto por questões disparadoras (Quadro 1), relacionadas aos pressupostos da PNEPS (BRASIL, 2014), para as discussões nos grupos focais. Cumpre destacar que esse roteiro foi elaborado pela pesquisadora, submetido à adequação (APÊNDICE A) por sete juízes, conforme sugere a literatura (ALEXANDRE; COLUCI, 2011; MANZINI, 2003), todos com conhecimento em técnicas das abordagens qualitativas de pesquisa e também no tema proposto.

Após o processo de adequação, as questões utilizadas nos grupos focais foram ajustadas e, antes da sua utilização, essas questões foram testadas com a realização de um grupo focal piloto em uma UBS que não fazia parte daquelas

selecionadas para o presente estudo. Portanto, os dados originados não integraram os resultados desta pesquisa. O resultado do teste apontou que as questões eram satisfatórias para responder ao objeto desta investigação.

Quadro 1- Questões norteadoras para o grupo focal, a partir dos pressupostos da política de EPS.

<b>PRESSUPOSTOS</b>	<b>QUESTÕES NORTEADORAS</b>
1. Possibilidades de transformação da realidade com melhorias nos processos de trabalho.	Quais os dispositivos da PNH implantados nesta unidade? Como era o processo de trabalho antes da implantação? Foram propiciados momentos de discussão? Tiveram problemas para desenvolver este processo? Quais? Como foram resolvidos? O que mudou com a implantação/ organização da PNH na unidade?
2. Desenvolvimento de metodologias que favoreçam o protagonismo dos sujeitos e a construção de coletivos de trabalhadores, incluindo os gestores.	Quais as estratégias e ações desenvolvidas para implantar e organizar a PNH na unidade? De quem partiu a iniciativa de implantação destes dispositivos?
3. Interação entre os atores envolvidos no processo de aprendizagem.	Como foi a interação no processo de implantação e/ou organização dos dispositivos?
4. Reflexão sobre a prática como orientadora da construção e sistematização coletiva do conhecimento.	No processo de implantação da PNH, a prática foi refletida?

Fonte: a autora

### 3.4. Análise e apresentação dos dados

O conteúdo das discussões dos grupos focais foi gravado e transcrito na íntegra. As transcrições, então, foram submetidas à técnica de análise de conteúdo temática proposta por Bardin (2011), seguindo as três etapas descritas a seguir.

Na etapa de pré-análise, o material coletado dos grupos focais foi transcrito e organizado, com o objetivo de tornar operacionais e sistematizar as ideias iniciais relacionadas ao objeto do estudo. Neste primeiro momento, realizou-se uma leitura flutuante, ou seja, um primeiro contato com os documentos que foram submetidos à análise, a formulação das hipóteses e

objetivos e a preparação formal do material. Na sequência, foi realizada a leitura compreensiva e exaustiva do conjunto do material coletado e transcrito, buscando ter uma visão do conjunto para apreender as particularidades, elaborar pressupostos iniciais que serviram de baliza para a análise e interpretação do material, escolher formas de classificação inicial e determinar os conceitos teóricos que orientaram a análise.

Faz-se importante destacar que nessa etapa foi possível contar com a organização das transcrições por meio do *Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* (IRAMUTEQ). Para isso, as narrativas foram agrupadas segundo as perguntas disparadoras realizadas durante os grupos focais, formando o *corpus*, para serem processadas pelo *software*.

O IRAMUTEQ é um *software* gratuito, na lógica de *open source* - código aberto - que permite diferentes processamentos e análises estatísticas dos textos produzidos. É ancorado no *software* R e na linguagem de programação *python*, e possibilita cinco tipos de organização para análises: estatísticas textuais clássicas; pesquisa de especificidades de grupos; classificação hierárquica descendente; análises de similitude; e nuvem de palavras (KAMI et al., 2016). Pelo método da nuvem de palavras, as mesmas agrupam-se e organizam-se graficamente, de acordo da sua frequência, possibilitando uma rápida identificação das palavras chave do *corpus* (CARVALHO et al., 2014).

Neste estudo foi escolhida a organização na forma de nuvem de palavras para a análise, sendo formulados seis *corpus*: três para o Pressuposto 1, uma para o Pressuposto 2, uma para o Pressuposto 3 e uma para o Pressuposto 4 da PNEPS (Quadro 1). Nestas nuvens, as palavras que aparecem com maior frequência nos diálogos são apresentadas com maior destaque. Salienta-se que para as imagens geradas nas nuvens de palavras, os artigos, as preposições, as locuções adverbiais e outras palavras que não apresentaram relevância de conteúdo foram excluídas para a obtenção de um resultado conciso.

Assim, com auxílio do IRAMUTEQ, os temas que se repetiam com muita frequência foram recortados do texto em unidades comparáveis de categorização para a análise temática e de modalidades de codificação.

A etapa de exploração do material consiste na definição das categorias iniciais e da codificação. A categorização é a passagem de dados brutos para dados organizados. Estes elementos são agrupados devido ao fato de terem características comuns. Os textos dos relatos foram recortados em unidades de registro (palavras, frases, parágrafos), agrupados tematicamente em categorias iniciais, intermediárias e finais, as quais possibilitaram as inferências.

Na etapa de tratamento dos resultados, com a sua inferência/interpretação, que tem como finalidade o estabelecimento de relações entre a realidade que é vivenciada com a intuição e reflexão, aprofundando conexões de ideias - buscou-se a análise propriamente dita, para identificar os núcleos de sentido e classificá-los posteriormente por categorias temáticas, elaborando uma redação por tema. Nas redações foi possível entremear partes dos textos de análise com conclusões e dados de outros estudos e conceitos teóricos.

Para a formulação de propostas básicas de transformações por meio da correlação dos achados com a literatura, a análise dos diálogos ocorridos nos grupos focais foi agrupada, dando origem a quatro categorias de análise temática e seis subcategorias. As nuvens de palavras subsidiaram a definição de categorias e subcategorias e foram importantes para auxiliar nas discussões.

Finalmente, elaborou-se uma síntese interpretativa, através de uma redação que dialogou temas com objetivos, questões e pressupostos da PNEPS.

### 3.5. Referencial teórico analítico

Os dados foram discutidos à luz do referencial de Paulo Freire, no que se refere à problematização na produção de saberes e fazeres.

A educação problematizadora é aquela de caráter autenticamente reflexivo e implica num constante ato de desvelar a realidade. É mais do que uma abordagem educativa, porque é uma postura educacional crítica sobre a realidade vivida pelos sujeitos do processo, além de considerar que os problemas do cotidiano são oportunidades para a construção de hipóteses que busquem soluções factíveis (BRASIL, 2014a). Neste sentido é libertadora, pois

compreende que o ato de depositar, de narrar, de transferir, ou de transmitir “conhecimentos” e valores aos educandos, é a educação “bancária”, onde os educandos são meros pacientes, incapazes de desenvolver o seu poder de captação e de compreensão do mundo que lhes aparece, em suas relações com ele (FREIRE, 2011). E foi nesta perspectiva problematizadora que se desenvolveram as análises dos movimentos de educação permanente que permearam os processos de trabalho das equipes para implantação e organização dos dispositivos da PNH no âmbito da atenção básica.

### 3.6. Aspectos éticos

O projeto respeitou os preceitos éticos dispostos na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovado pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (COPEP) da UEM (Anexo 1), para sua realização, após autorização da Secretaria Municipal de Saúde (Anexo 2).

Todos os participantes receberam esclarecimentos sobre a pesquisa, assegurando sua livre participação, confidencialidade e sigilo de suas informações. Foi solicitado aos participantes da pesquisa que assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B).

A fim de garantir o sigilo e anonimato dos dados e dos participantes, os relatos dos grupos focais foram identificados pelo número da UBS, na ordem de sua realização.

## 4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados da presente pesquisa serão apresentados na seguinte ordem: caracterização dos participantes, análise lexical por meio de nuvem de palavras e significados dos conteúdos por meio de categorias temáticas.

### 4.1. Caracterização dos participantes

O número total de participantes dos grupos focais foi de 53 profissionais de saúde, variando entre sete e catorze por UBS. O tempo de atuação dos profissionais nas unidades do estudo oscilou entre três semanas e dezesseis anos.

Compuseram o estudo, profissionais da UBS (Quadro 2), que realizavam atividades administrativas e assistenciais, além de trabalhadores atuantes no NASF.

Quadro 2- Profissionais das UBS participantes dos grupos focais.

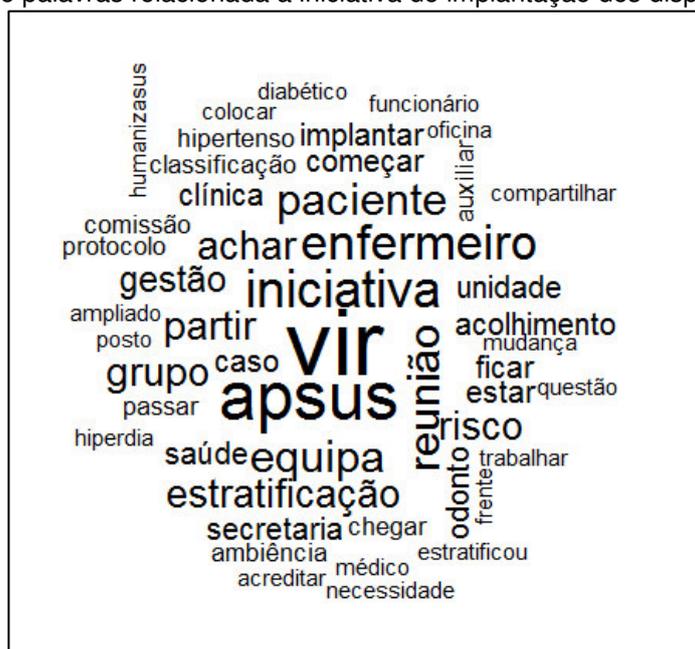
<b>PROFISSIONAL</b>	<b>NUMERO</b>
ACS	16
Enfermeiro	06
Auxiliar de enfermagem	06
Profissional do NASF	05
Auxiliar de Farmácia	03
Dentista	03
Auxiliar de Consultório Dentário	03
Auxiliar administrativo	03
Auxiliar operacional	03
Técnico de enfermagem	02
Médico	01
Agente administrativo	01
Técnico de Saúde Bucal	01
<b>TOTAL</b>	<b>53</b>

Fonte: a autora (2016).



A segunda nuvem de palavras também elucida o Pressuposto 1 da PNEPS *Possibilidades de transformação da realidade com melhorias nos processos de trabalho*, no que se refere à iniciativa de implantar os dispositivos da PNH nas unidades.

Figura 2- Nuvem de palavras relacionada à iniciativa de implantação dos dispositivos da PNH.



Fonte- A autora (2016).

Observa-se que as palavras com maior destaque foram: **vir** (19 vezes), **APSUS** (13 vezes), **iniciativa** (10 vezes) e **enfermeiro** (9 vezes).

O Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde (**APSUS**) (FRANK *et al.*, 2016), ficou evidenciado como uma figura central na indução de processos de mudança local e será melhor esclarecido adiante, quanto seu potencial indutor de mudanças. As palavras **vir** e **iniciativa** foram citadas nos discursos no sentido de procedência, ou seja, de onde procederam as transformações ocorridas. O profissional enfermeiro também apareceu com destaque nas falas.

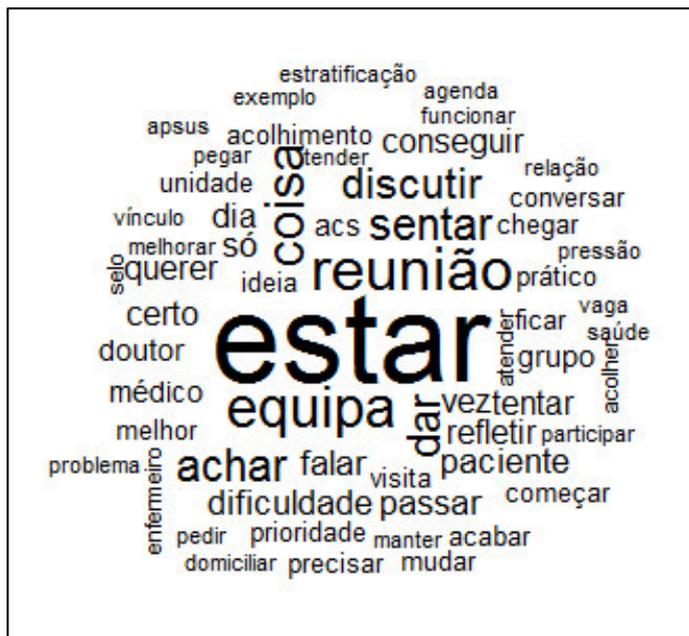
A terceira nuvem de palavras clarifica igualmente o Pressuposto 1 da PNEPS: *Possibilidades de transformação da realidade com melhorias nos processos de trabalho* e demonstra as palavras evidentes, relacionadas às mudanças ocorridas com a implantação das diretrizes e dispositivos da PNH.







Figura 6- Nuvem de palavras relacionada à reflexão sobre a prática.



Fonte- A autora (2016).

Esta nuvem demonstra como destaque as palavras **estar** (33 vezes), seguida de **reunião** (14 vezes) e **equipe** (13 vezes). Destacaram-se também nesta ilustração as palavras **sentar**, **refletir**, **discutir** e **dificuldade** que demonstram os movimentos de reflexão e de avaliação entre as equipes, os quais são essenciais para desencadear as mudanças pretendidas e para superar os desafios cotidianos.

#### 4.3 A Educação Permanente em Saúde na implantação da Política Nacional de Humanização na atenção básica: as categorias temáticas

De forma central e complementar às nuvens de palavras, o conteúdo manifesto e latente das entrevistas foi categorizado permitindo a interpretação de que os pressupostos da educação permanente em saúde estiveram presentes nos processos de implantação da PNH no contexto estudado.

Para melhor elucidar este achado, seguem as categorias e subcategorias elencadas pelo presente estudo:

### Quadro 3- Categorias e subcategorias.

**Categoria 1- Os dispositivos da Política Nacional de Humanização trouxeram mudanças positivas para os processos de trabalho e foram permeados por práticas de Educação Permanente em Saúde**

Subcategoria 1.1- Os dispositivos da Política Nacional de Humanização e a gestão local foram indutores das mudanças, permeadas por processos de Educação Permanente

Subcategoria 1.2- O APSUS foi indutor de processos de mudança, orientado pelas práticas de Educação Permanente

Subcategoria 1.3- Os dispositivos implantados geraram mudanças e transformações positivas nos processos de trabalho

**Categoria 2- A Educação Permanente em Saúde, que orientou a implantação dos dispositivos da Política Nacional de Humanização, foi marcada por práticas coletivas de gestão e de ferramentas e material de apoio**

Subcategoria 2.1- O planejamento em equipe e a avaliação permanente, ancorados na relação teoria e prática, contribuíram para a implantação dos dispositivos da Política Nacional de Humanização

Subcategoria 2.2- O uso de ferramentas autônomas e ativas individuais contribuíram para a implantação dos dispositivos da Política Nacional de Humanização

Subcategoria 2.3- A existência de material de apoio técnico-científico colaborou no protagonismo coletivo

**Categoria 3- O trabalho coletivo, permeado pelo aprendizado, foi uma realidade na implantação dos dispositivos da Política Nacional de Humanização**

**Categoria 4- O apoio colaborativo da equipe e o compartilhamento de saberes foi um cenário que oportunizou o aprendizado e as transformações**

Fonte: a autora (2016)

Tais categorias e subcategorias passarão a ser apresentadas e discutidas.

### **Categoria 1 - Os dispositivos da Política Nacional de Humanização trouxeram mudanças positivas para os processos de trabalho e foram permeados por práticas de Educação Permanente em Saúde**

A primeira categoria apresenta os dispositivos da PNH que foram implantados e de quem partiu a iniciativa de sua implantação. Elucida também as mudanças positivas ocorridas a partir desta implantação, permeadas pelas práticas de Educação Permanente em Saúde. Para tanto, foram elaboradas três subcategorias que organizam estas evidências.

*Subcategoria 1.1- Os dispositivos da Política Nacional de Humanização e a gestão local foram indutores das mudanças, permeadas por práticas de Educação Permanente.*

Essa subcategoria inicialmente identifica os dispositivos da PNH que foram implantados nas unidades do estudo e na sequência apresenta os relatos relacionados à iniciativa de implantação dos mesmos.

A PNH propõe princípios metodológicos como forma de enfrentar os problemas dos serviços e das práticas de saúde, por meio de diretrizes e dispositivos que orientam o processo de mudança (BRASIL, 2010a).

Desta forma, as diretrizes são orientações gerais e expressam o método da inclusão. Os dispositivos dão operacionalidade às diretrizes em arranjos nos processos de trabalho, por meio de estratégias construídas nos coletivos, visando promover mudanças nos modelos de atenção e de gestão. Entre as diretrizes e os dispositivos da PNH podemos citar: clínica ampliada, acolhimento, classificação de risco, valorização do trabalho e do trabalhador, defesa dos direitos do usuário, cogestão, fomento das grupalidades, Grupo de Trabalho de Humanização (GTH), equipe transdisciplinar de referência e de apoio matricial, ambiência, Projeto Terapêutico Singular (PTS), entre outros (BRASIL, 2010a). Essas diretrizes e dispositivos são orientados e divulgados por meio de cartilhas, material de estudo e pelas visitas dos técnicos do Ministério da Saúde nos estados e municípios para capacitação. Para Pasche (2009) os dispositivos não podem ser prescritivos, mas devem orientar os processos de trabalho que se atualizam e ganham sentido em cada uma das experiências singulares e específicas, ou seja, devem se moldar às experiências dos sujeitos e seus contextos políticos-institucionais.

Observa-se nas falas dos participantes, que alguns dos dispositivos da PNH (BRASIL, 2010a) foram implantados, tal como se segue:

Implantamos a ambiência, classificação de risco, acolhimento e cogestão. (UBS 4)

Fazemos na unidade a classificação de risco, o acolhimento, a ambiência, a cogestão e a comemoração dos aniversariantes [como estratégia de valorização profissional]. (UBS 2)

Nós fazemos o acolhimento, e temos reunião de colegiado, que é uma estratégia de cogestão. (UBS 6)

A ambiência na unidade não está completa. Ainda falta algum detalhe. Contudo, temos o acolhimento implantado. (UBS 6)

O acolhimento foi uma das palavras com maior destaque na nuvem de palavras (Figura 1), apontada 12 vezes, sendo a nona palavra mais frequente. De acordo com os relatos, foi implantado em todas as unidades do estudo. É

considerado elemento fundamental para a reorganização da assistência em diversos serviços de saúde, no sentido de transformação do modelo tecno-assistencial. É um dispositivo que vai além da recepção ao usuário, pois considera toda a situação da atenção a partir da sua entrada no sistema. O acolhimento, como escuta qualificada às necessidades do usuário, é um mecanismo primordial para a atenção básica (COUTINHO; BARBIERI; SANTOS, 2015).

Foi citada também a classificação de risco pelos participantes, como um dispositivo implantado na unidade. A palavra classificação apareceu como um dos destaques na nuvem de palavras (Figura 1). A classificação de risco é um dispositivo da PNH, e consiste em um processo dinâmico que visa identificar os usuários que necessitam de cuidados imediatos, de acordo com o potencial de risco, os agravos à saúde ou o grau de sofrimento, viabilizando um atendimento rápido e efetivo (SILVA; BARROS, 2012).

Alguns serviços de saúde da atenção básica ainda são organizados de forma burocrática, em que os atendimentos são realizados por ordem de chegada, e não pelo risco do usuário (SILVA; BARROS, 2012). Entretanto, observa-se nas unidades deste estudo que tem ocorrido um movimento de implantação destes dispositivos, conforme evidenciado nos relatos.

O dispositivo da ambiência, presente nas falas dos profissionais, também encontra respaldo na PNH e pressupõe que as situações vivenciadas devem ser consideradas para que se possa adaptar o espaço físico de forma a proporcionar uma atenção acolhedora, resolutiva e humana. Ambiência na saúde refere-se ao tratamento dado ao espaço físico entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais que deve proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e humana (BRASIL, 2010). Nesse sentido, a área física deve dar conforto a todos os envolvidos no processo de atenção, seja para o atendimento, seja para momentos de reflexão individual e coletiva, para a equipe e para a comunidade (GRILLO, 2015).

Os relatos dos profissionais mostraram a preocupação com a ambiência para o desenvolvimento de suas atividades, de forma humanizada.

A clínica ampliada constitui-se na articulação e diálogo entre os diferentes saberes dos sujeitos envolvidos na produção de saúde (trabalhadores e

usuários) para compreensão dos processos de saúde e doença e na necessidade de inclusão dos usuários como cidadãos participantes das condutas em saúde, inclusive da elaboração de seu projeto terapêutico, fortalecendo sua autonomia (BRASIL, 2010). Vários relatos mostraram a prática da ampliação da clínica nas UBS do estudo.

A cogestão ficou evidenciada por meio da palavra reunião que apareceu em cinco, das seis nuvens de palavras deste construto, tendo-se destacado nos relatos dos participantes, onde várias atividades e decisões são realizadas em grupos, sistematizados ou não pela UBS. A palavra equipe aparece também com destaque nas nuvens, sugerindo a cogestão.

A cogestão refere-se à ampliação dos espaços públicos e coletivos que induz ao diálogo e à pactuações, pois busca a inclusão dos sujeitos no processo de análise e tomadas de decisão e de construção compartilhada, considerando as diferenças e singularidades dos sujeitos e coletivos (SANTOS-FILHO, 2014).

A valorização do trabalho e do trabalhador não se apresentou de forma importante, contudo algumas iniciativas são perceptíveis nos relatos, dentre elas a comemoração de aniversários e a musicalização.

Quanto à defesa dos direitos dos usuários, duas unidades apresentaram relatos, de forma incipiente, mas existente nas atividades do conselho local de saúde. Os conselhos locais de saúde são instâncias de controle social, implantados em todas as UBS do município e apesar de terem sido citados em apenas dois grupos focais, a inclusão dos usuários nos espaços dialógicos das equipes é apontada como relevante nos princípios da PNH, entendido como um fator de inclusão, responsabilização e protagonismo de todos os sujeitos no processo de produção de saúde (PAULON, et. al., 2014). Isto demonstra um desafio que ainda necessita ser superado para a construção da atenção humanizada.

Quanto à questão da iniciativa de implantação dos dispositivos da PNH, em algumas situações foram impostas pelas normativas da gestão local, conforme excertos a seguir:

A iniciativa de implantação da classificação de risco, na verdade, foi da gestão, eles deram uma data, tinha que fazer essa mudança. (UBS 3)

Muitas vezes acontece a mudança lá em cima e nós não ficamos nem sabendo. (UBS 3)

O diálogo, quando exercido, permite uma proximidade entre os envolvidos, fazendo com que os interesses coletivos sejam maiores que os individuais. Portanto, a imposição pode gerar uma desmotivação na equipe e fragmentação do trabalho.

Contudo, nem todas as iniciativas ocorreram de forma impositiva. Aparecem muitos relatos onde foram consideradas as demandas da população e a realidade local, para a implantação:

A clínica ampliada, na nossa UBS, partiu da psicóloga do NASF, a iniciativa. (UBS 1)

Da clínica ampliada, como eu estava falando, não é tanto iniciativa nossa, foi uma cobrança da população, trata-se de uma necessidade de Maringá, eu acredito. E a gestão, então, foi vendo isso e decidiu implantar. (UBS 6)

A implantação do acolhimento foi uma iniciativa da UBS pela necessidade da mesma, porque sem o acolhimento não tem como você melhorar o trabalho. (UBS 1)

A musicalização para funcionários partiu também da própria UBS. (UBS 3)

A ambiência foi através do nosso grupo de trabalho. E daí nós levamos para o conselho local que ficou acompanhando e cobrando. (UBS 3)

A reforma da estrutura física foi um dispositivo reivindicado junto ao Conselho Local e concretizado com apoio do Conselho Municipal de Saúde. (UBS 3)

Na verdade, foi mais o conselho local que definiu a divisão de área, quando foram implantadas unidades novas próximas da nossa unidade (UBS 4)

Em relação à [mudança da organização] das salas, foi uma iniciativa dos funcionários para ficar mais conveniente para o paciente e mais rápido para o profissional. Assim, tudo fica mais fácil e prático, a fim de agilizar o atendimento. (UBS 1)

Sobre a implantação dos postos novos, nós não tivemos oportunidade de dar opinião para melhorar as divisões de área. (UBS 4)

Em outras situações, a implantação dos dispositivos foi induzida pela própria Política, por meio da leitura e discussão do material fornecido pelo Ministério da Saúde às unidades, por ocasião das reuniões do GTH municipal e dos GTH locais que se formaram a partir do início do movimento. Esta evidência é clarificada nos depoimentos:

Os dispositivos vêm do HumanizaSUS, da esfera federal. (UBS 2)

Da ambiência, na verdade, nós tínhamos um grupo que trabalhava nisso, logo que começou o HumanizaSUS. (UBS 4)

A ambiência e as ações para o trabalhador partiram do grupo que nós éramos, do HumanizaSUS. (UBS 2)

Embora as atividades do GTH municipal tenham sido interrompidas no município do estudo, conforme relatado no início deste documento, percebe-se que os movimentos gerados pelo mesmo foram resgatados em um grupo focal, mostrando que aqueles momentos que valorizavam o diálogo e as trocas de experiências ficaram marcados entre os trabalhadores daquela UBS.

O processo de humanização deve ser orientado pelos valores da autonomia, da corresponsabilidade, do protagonismo dos sujeitos envolvidos, da solidariedade entre os vínculos estabelecidos, do respeito aos direitos dos usuários e participação coletiva no processo de gestão (AMARANTE; CERQUEIRA; CASTELAR, 2014). Falar em protagonismo é falar em sujeitos que assumam um lugar central nos acontecimentos em saúde (NORA; JUNGES, 2013). Esse protagonismo evidenciou-se no estudo em apreço.

Neste aspecto, além das influências gestoras, os profissionais protagonizaram algumas ações, com destaque a iniciativa do profissional enfermeiro, que foi citado em alguns relatos, e também aparece na nuvem de palavras da Figura 2, com destaque.

Este achado é confirmado pelos relatos que se seguem:

Com relação à gestão compartilhada, eu trouxe essa prática, enquanto enfermeira. Aprendi isso no meu estágio, com a enfermeira da equipe que fazia isso. (UBS 6)

Eu acho que a unidade mudou quando a enfermeira chegou. Se hoje a unidade está melhor, foi por causa da enfermeira que chegou para mudança e mudança boa. (UBS 5)

O enfermeiro é um profissional atuante na assistência holística, que estabelece estratégias que valorizam o diálogo, a interdisciplinaridade, tanto entre os saberes formais da equipe multidisciplinar, quanto dos saberes não formais (BALDISSERA; COSCRATO; BUENO, 2016).

Na atenção básica a atuação do enfermeiro é ampla, devendo promover a assistência humanizada junto aos demais membros da equipe na unidade, nos domicílios e demais espaços comunitários, como também participar da coordenação do cuidado. Suas atividades de gestão local compreendem a participação nos processos de territorialização, da produção de informações e diagnósticos atualizados em saúde, do planejamento, programação e avaliação das ações locais, da promoção de participação política e de controle social da comunidade, e da educação dos trabalhadores (SOUZA; MANDU; ELIAS, 2013).

Dessa forma, observa-se o importante papel do enfermeiro como indutor de mudanças no âmbito da atenção básica.

### *Subcategoria 1.2 - O APSUS foi indutor de processos de mudança, orientado pelas práticas de Educação Permanente*

Nesta subcategoria buscou-se elucidar o Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde (APSUS) enquanto indutor do processo de implantação dos dispositivos da PNH e as práticas de Educação Permanente que estiveram presentes neste processo. Na nuvem de palavras da Figura 2, o APSUS aparece como a segunda palavra de maior destaque, sendo mencionada 13 vezes pelos participantes dos grupos focais.

Dentre várias estratégias, o APSUS ganha destaque como norteador do processo de alteração e organização das práticas de educação permanente nas unidades do estudo, pela dinâmica e inovações que desenvolveu. O APSUS foi muito citado pelos participantes em todas as unidades do estudo, como indutor dos processos de mudanças ocorridas nas unidades básicas pesquisadas, conforme se vê nos excertos:

A estratificação de risco do hipertenso veio com o APSUS. (UBS 1)

Os dispositivos vieram com o APSUS também. (UBS 2)

O APSUS, eu acho que esclareceu para os profissionais em como atender. (UBS 3)

Na estratificação do hiperdia, eu posso falar que foi iniciativa do APSUS, porque eu era facilitadora. Quando teve a oficina eu achei muito legal. Veio com o APSUS, através da gestão, mas nós tivemos bastante iniciativa também. (UBS 3)

Da classificação de risco, foi com o APSUS que iniciou. (UBS 4)

A estratificação de risco foi implantada pelo APSUS. (UBS 4)

O APSUS clareou bastante sobre a questão da classificação de risco. Como fazer, com quem ver. (UBS 4)

A estratificação, a partir do momento que foi passando as oficinas do APSUS, nós fomos implantando. A estratificação de gestante, do idoso, a saúde mental, está tudo sendo feito. (UBS 6)

O APSUS ajudou, só que eu ainda continuo achando que precisaria de ter mais tempo para essa oficina, para nós irmos mais confiantes na hora de aplicar. (UBS 6)

O APSUS foi criado pela Secretaria do Estado da Saúde do Paraná, em 2011, e tem como missão organizar as ações e serviços de Atenção Primária à Saúde em todos os municípios do Paraná, para a promoção do cuidado da população em todo o seu ciclo de vida (HUÇULAK; PETERLINI, 2014).

Busca qualificar as equipes de atenção primária à saúde por meio de processos de educação permanente (HUÇULAK; PETERLINI, 2014), desencadeado por meio de “ondas formativas” que envolve as Regionais de Saúde, Municípios e Universidades na realização de Oficinas de Planificação da Atenção Primária à Saúde. O APSUS inovou no que se refere à incorporação das premissas da PNEPS. Foi desenvolvido de modo a permitir que seus participantes vivenciassem as atividades educativas em grupos, utilizando-se de metodologias ativas, problematizadoras, dialógicas e interdisciplinares, com processos de ação-reflexão-ação (PARANÁ, [201?]).

Para viabilizar o Programa, foram criados tutores, os quais participavam de Oficinas prévias, para sua preparação, a fim de se sensibilizarem e conduzirem as atividades educativas, valorizando o trabalho em equipe e a construção coletiva no ambiente do trabalho. Foram realizadas nove oficinas, as quais promoveram o alinhamento conceitual das equipes da atenção básica, com a proposta de implantação das Redes de Atenção à Saúde definida pela Secretaria de Estado da Saúde (PARANÁ, [201?]).

Os Selos Bronze e Prata citados nos relatos estão relacionados à segunda fase do APSUS, denominada Tutoria (PARANÁ, 2015). A Tutoria inaugurou uma nova fase do APSUS, onde os municípios fazem adesão e suas equipes da atenção básica passam por uma autoavaliação, onde as “não conformidades” são discutidas com os gestores e as equipes, com vistas à elaboração do plano de adequação para a superação das mesmas. Ao final do processo, as equipes passam por avaliação externa para a sua certificação nos Selos Bronze, Prata e Ouro (PARANÁ, 2015). O APSUS é uma iniciativa paranaense, diferente do Programa para Melhoria da Atenção e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), que é uma estratégia do Ministério da Saúde para incentivar os gestores e as equipes a melhorar a qualidade dos serviços de saúde oferecidos aos cidadãos do território. Para isso, propõe um conjunto de estratégias de qualificação, acompanhamento e avaliação do trabalho das equipes de saúde (BRASIL, 2017), porém sem processo de certificação e tutoria.

O município de Maringá fez adesão ao Programa, tendo passado por todas as etapas, sendo que dentre as unidades pesquisadas uma está passando por avaliação para certificação no Selo Prata. Esse movimento tem promovido reflexões e mudanças nos processos de trabalho local, conforme identificado nas falas:

Nós estamos tentando qualificar a unidade naquele Selo Prata [do APSUS]. Fala muito de processo de trabalho. Daí nós acabamos vendo a ambiência e todo este contexto geral. (UBS 5)

Com relação ao Selo Bronze do APSUS, na odonto tinham questões que deveriam ser cumpridas. Daí o pessoal da odonto se organizou e viu como é que tinha que funcionar para atender ao que o Selo estava pedindo. (UBS 5)

No entanto, as unidades se ressentem pelo fato de terem sido interrompidas as Oficinas do APSUS e acreditam que deveria ser dada continuidade ao processo.

A estratificação de risco, trazida pelo APSUS, pela sua relevância na organização e humanização do atendimento foi considerada como dispositivo de humanização pelos profissionais. O processo de estratificação da população é central nos modelos de atenção à saúde porque permite identificar pessoas e grupos com necessidades de saúde semelhantes que devem ser atendidos por tecnologias e recursos específicos (MENDES, 2012).

A estratificação da população leva à identificação e ao registro dos usuários portadores de necessidades semelhantes, a fim de padronizar as condutas referentes a cada grupo nas diretrizes clínicas e de assegurar e distribuir os recursos humanos específicos para cada um (MENDES, 2012).

Após isto, fica clara nos relatos a importância do APSUS principalmente como precursor da implantação da estratificação de risco na atenção básica.

Como fragilidade apontada, citam-se as dificuldades na estratificação de risco em saúde mental, demonstradas nas falas:

Eu vou falar de um problema que eu acho que não é só meu. Eu tenho dificuldade na estratificação em saúde mental, porque eu acho difícil o preenchimento daquela ficha. (UBS 6)

Eu acho que nós tivemos mais dificuldades com a estratificação da saúde mental, porque o questionário é muito complexo. (UBS 4)

O cuidado em saúde mental na atenção básica é bastante estratégico, pela facilidade de acesso das equipes aos usuários. No entanto, essa prática suscita muitas dúvidas, curiosidades e receios nos profissionais de saúde, o que, muitas vezes, dificulta sua aplicabilidade (OLIVEIRA, et.al., 2016). Assim, a dificuldade dos profissionais no manejo das ações de saúde mental ficou evidenciada nas unidades do estudo, necessitando de intervenção da gestão no sentido de qualificar as equipes para atuarem nesta área.

*Subcategoria 1.3 - Os dispositivos implantados geraram mudanças e transformações positivas nos processos de trabalho*

Esta subcategoria demonstra as mudanças positivas que ocorreram com o advento da implantação dos dispositivos da PNH nas unidades.

A terceira nuvem de palavras (Figura 3) clarifica essa transformação, uma vez que traz as palavras ficar, paciente, melhorar, conseguir e facilitar de forma evidente, demonstrando que os dispositivos da PNH implantados influenciaram o processo de trabalho em saúde e trouxeram mudanças e transformações positivas no mesmo.

Vale destacar que três das seis UBS deste estudo passaram por reforma e ampliação de sua estrutura física nos últimos quatro anos e duas foram reconstruídas (Quadro 4). Diante disso, observa-se que os benefícios foram amplamente debatidos pelos componentes dos grupos, cujas falas estão expressas nos recortes que se seguem.

Com relação à reforma, ficou mais fácil. As ACS tiveram a oportunidade de vir para cá. Ficar aqui mais próximas dos pacientes é melhor, tanto para nós, como para eles. E aqui a recepção já sabe onde estamos. Então, não fica aquela perda de tempo. (UBS 1)

A organização da ambiência ajudou também, porque essa é uma UBS que tem uma demanda muito grande. (UBS 1)

Agora as enfermeiras têm uma sala. Então, o serviço ficou mais fácil. (UBS 1)

Com a sala de acolhimento o paciente fica mais à vontade e você consegue conversar para ver se é uma urgência, se dá para esperar. (UBS 1)

A reforma da UBS favoreceu os processos de trabalho, melhorou muito. (UBS 3)

Um ambiente adequado é um fator que interfere no bom desenvolvimento das atividades dos profissionais. A arquitetura, o acabamento, as dimensões, as salas de estar das unidades de serviço, a estruturação de sala de reuniões – na qual também podem ser desenvolvidas ações de EPS – são alguns fatores importantes e muito influentes no atendimento humanizado (FERRAZ et al., 2012).

A estrutura da unidade deve ser compatível com as atividades da equipe, dando respostas às necessidades de saúde da população de sua área de abrangência e garantindo a continuidade dos cuidados na comunidade e nos domicílios, quando necessário. Os espaços devem ser configurados à realidade local, ao quantitativo da população adscrita e sua especificidade, ao número de usuários esperados para atendimento, como também deve viabilizar o desenvolvimento das atividades de estagiários e residentes de instituições formadoras da saúde na rotina de sua aprendizagem. Portanto, a estrutura da unidade é importante, pois interfere na qualidade da atuação da equipe (OLIVEIRA et al., 2014).

Segundo a Política Nacional da Atenção Básica (BRASIL, 2012), recomenda-se que uma UBS tenha como estrutura mínima:

- 1- Consultório médico/enfermagem; consultório odontológico e consultório com sanitário; sala multiprofissional de acolhimento à demanda espontânea; sala de administração e gerência; e sala de atividades coletivas para os profissionais da atenção básica;
- 2- Área de recepção, local para arquivos e registros; sala de procedimentos; sala de vacinas; área de dispensação de medicamentos e sala de armazenagem de medicamentos (quando há dispensação na UBS); sala de inalação coletiva; sala de procedimentos; sala de coleta; sala de curativos; sala de observação, entre outros.

Segundo informações da Secretaria Municipal de Saúde de Maringá, a estrutura física das seis unidades do presente estudo, apresentam-se de acordo com as recomendações preconizadas pela Política Nacional de Atenção Básica, segundo o número e tipos de salas. Dentre estas, a que possui menor metragem em sua estrutura física, tem 487 m<sup>2</sup>, conforme Quadro 4.

Quadro 4- Unidades Básicas de Saúde, segundo ano e o tipo de intervenção e a área física.

Unidade	Ano	Tipo de intervenção	Área total (em m <sup>2</sup> )
UBS 1	1988	Construção	Sem informações
	2007	Construção de nova sede	396
	2015	Reforma/ ampliação	502
UBS 2	1990	Construção	504
	2009	Construção de nova sede	580
UBS 3	1982	Construção	719
	2015	Reforma/ ampliação	833
UBS 4	1996	Construção	1.216
UBS 5	1988	Construção	243
	2012	Reforma/ ampliação	487
UBS 6	2013	Construção de nova sede	563

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Maringá

Os trabalhadores mostraram-se satisfeitos com a estrutura física das unidades. No entanto, em uma unidade houve queixas com relação ao tamanho de algumas salas, conforme os relatos:

Hoje a UBS abre as sete, mas os pacientes chegam mais cedo porque querem ser atendidos logo. Só que antes das sete os portões estão fechados. Às vezes está chovendo, ou muito frio e eles ficam lá fora, porque nós não temos um lugar para eles, nesse momento. (UBS 2)

As salas do ginecologista e da coleta de exames são bem pequenininhas. (UBS 2)

Problemas relacionados à ambiência interferem no processo de trabalho, comprometendo a qualidade dos serviços prestados, gerando desmotivação em profissionais e gestores e desconforto aos usuários. A falta de espaço físico adequado nas unidades leva, entre outras questões, à ausência de privacidade na conversa com os usuários (NORA; JUNGES, 2013).

O acolhimento e a classificação de risco foram os dispositivos que trouxeram grandes mudanças e impactos positivos na humanização do atendimento, conforme as falas aqui abstraídas:

Com o acolhimento o paciente não vai embora sem atendimento. Antes, quando acabavam as consultas, a pessoa tinha que voltar

no dia seguinte. Agora pelo menos ele passa no acolhimento para ver a sua necessidade. (UBS 4)

Não tem que vir cinco horas da manhã, ou em dia determinado para marcar. Eles não ficam de madrugada esperando. Eles vêm das sete da manhã, às cinco da tarde e a agenda é aberta. Hoje, é muito difícil o paciente ser encaminhado para a UPA. Para mim eu acho que a mudança no acolhimento foi para melhor, para nós que estamos atendendo. (UBS 2)

Com relação ao acolhimento, deu uma aliviada. Eu vejo que melhorou bem. É difícil alguém reclamar do atendimento. (UBS 3)

Antes eles ficavam esperando lá, aí tinha aquela fila de espera. E hoje não, ele já sai de lá da recepção com data marcada. (UBS 5)

O acolhimento melhorou, em relação ao que era, porque as vezes tem um paciente que não é só o médico que vai resolver o seu problema. Pode ser a psicóloga. Então no acolhimento eles se abrem e as meninas já sabem se vão mandar para psicóloga ou se é com o doutor. (UBS 6)

O importante do acolhimento é a escuta do paciente. Ele não vai embora com um “não, não tem vaga”. Sempre é ouvido. É orientado, então, a necessidade do retorno de amanhã. De um pronto atendimento. (UBS 6)

O sistema de acolhimento funciona, porque a agenda é aberta. (UBS 1)

Com a classificação de risco, agora mudou. A agenda é aberta. Hoje nós temos a possibilidade de agendar um paciente que vem para resultado de exame. Ele não conseguiu consulta na recepção. Ele vem conosco e nós conseguimos agendar para daqui quinze dias, uma semana, depende do caso do paciente. Ou para amanhã. Para isso melhorou. (UBS 3)

A classificação de risco norteou bem o atendimento. Agora ficou mais claro para decidir quem vai ser encaminhado para a UPA ou quem vai ficar na unidade. (UBS 3)

Com a classificação de risco melhorou para eles e para nós também. Era muita fila desnecessária. Decidimos quais as pessoas que temos que priorizar. Assim, tomamos providência necessária àquele risco. (UBS 4)

Eu acho que com a classificação de risco, melhorou, principalmente agora com os horários são fracionados. Ele recebe o papelzinho do horário e lá está bem nítido. Após quinze minutos será substituído. Então, aqueles primeiros chegam duas horas, os outros vão chegar duas e meia, três horas, porque

estava dando muito tumulto. Os pacientes ficavam esperando demais. (UBS 4)

Observa-se nos recortes a importância que as equipes têm dado ao acolhimento enquanto ferramenta humanizadora e ordenadora da assistência aos usuários. Importante ressaltar que o acolhimento otimiza o acesso dos usuários aos serviços de saúde, humanizando as relações entre os profissionais e aqueles que buscam por atenção sanitária, no que se refere à forma de receber os usuários e de escutar seus problemas e/ou demandas, em uma abordagem que contemple não apenas a dimensão biológica, mas também a psicológica, a social, a cultural e a ambiental, dentre outras (COTTA et al., 2013).

A classificação de risco também foi bastante discutida. Enquanto o acolhimento promove a escuta qualificada do usuário, a classificação de risco propõe a priorização do atendimento de acordo com a gravidade ou grau de sofrimento do indivíduo.

A implantação do acolhimento com classificação de risco nas unidades do estudo implicou na mudança da forma de agendamento de consultas médica, que de acordo com as falas, permitiram uma agenda mais flexível, que favoreceu o acesso do usuário e trouxe mais conforto, uma vez que o mesmo não necessita mais ficar na fila de madrugada para conseguir vaga.

O profissional enfermeiro tem sido indicado para avaliar e classificar o risco dos usuários que procuram os serviços de urgência, devendo ser orientado por um protocolo definido pela instituição que o direciona (SILVA; BARROS, 2012).

A estratificação de risco também foi citada como uma importante melhoria ocorrida nas unidades.

Eu acho que a estratificação de risco trouxe benefício sim. (UBS 6)

Eu vejo que na estratificação, para o alto risco ficou melhor. (UBS 2)

O processo de estratificação da população é central nos modelos de atenção à saúde porque permite identificar pessoas e grupos com necessidades

de saúde semelhantes que devem ser atendidos por tecnologias e recursos específicos, segundo uma estratificação de riscos (MENDES, 2012).

A descentralização da dispensação dos medicamentos psicotrópicos para as unidades básicas foi considerada como uma ação humanizadora, por ter facilitado o acesso da população a este tipo de medicamentos.

A descentralização dos psicotrópicos facilitou. Porque antes era muito longe para eles buscarem. (UBS 4)

Ajudou bastante essa questão da descentralização dos psicotrópicos. A descentralização ajudou. Não são todas as unidades que tem, mas já ajudou bastante. Como na época da insulina, que eram poucas unidades que tinham. Depois passou para as outras unidades também. Isso tudo ajudou. (UBS 6)

Outros dispositivos foram citados como benefícios à população e ao trabalhador de saúde, tais como se seguem:

A musicalização para os trabalhadores melhora muito o ânimo do trabalhador. (UBS 3)

Eu acho que os grupos, também, ajudam bastante, de hiperdia, psicotrópico. Porque daí a demanda fica mais folgada. Na nossa equipe, nós fazemos toda semana. (UBS 3)

A clínica ampliada foi bem legal assim. Começou agora. Veio pouco paciente, mas teve uma que saiu deslumbrada do atendimento. Gostou bastante. (UBS 3)

Eu acho que a implantação dos dispositivos teve benefício. Eu acredito. (UBS 4)

A Unidade de Saúde do Trabalhador facilitou bastante para o usuário que não consegue dispensa do trabalho, porque tem população de muitas unidades que nós atendemos. Facilitou bastante para eles. (UBS 4)

Nossa, a construção dos novos postos interferiu muito na demanda. Distribuiu melhor a demanda. (UBS 4)

Eu acredito que vai melhorar mais [sic], com o passar do tempo, nós vamos tendo mais noção. (UBS 6)

Diante do exposto, observa-se nos relatos o quanto os modos de fazer a atenção e a gestão no cotidiano dos serviços de saúde, com a implantação dos dispositivos da PNH, foram permeados e conduzidos pela educação

permanente, considerando que, conforme a literatura, no dia a dia, a construção dos processos de trabalho vai ocorrendo algumas vezes de forma intencional, porém em muitos outros não, podendo acontecer nos encontros informais, produzindo novas possibilidades de conhecimentos (MERHY, 2015). Portanto, conclui-se que foram implantados os dispositivos da PNH nas unidades do estudo, que estes trouxeram mudanças positivas e foram permeados por práticas de EPS.

Para Freire (2014), a prática educativa é a afetividade, alegria, capacidade científica e domínio técnico a serviço da mudança. Os relatos demonstraram que houve compreensão dos profissionais sobre a realidade na qual estavam mergulhados, se envolvendo, criando e recriando as suas práticas. E esta consciência, imbuída dessa afetividade, envolvimento e capacidade técnica produziram as mudanças almejadas.

Sendo assim, as situações expostas na Categoria 1, respondem ao primeiro pressuposto da PNEPS (Quadro 1), demonstrando a transformação da realidade com melhorias nos processos de trabalho.

## **Categoria 2- A Educação Permanente em Saúde, que orientou a implantação dos dispositivos da Política Nacional de Humanização, foi marcada por práticas coletivas de gestão e de ferramentas e material de apoio**

Esta categoria apresenta as ações de EPS como indutoras da implantação dos dispositivos da PNH, utilizando-se do planejamento, da avaliação permanente das ações, de ferramentas autônomas e de material de apoio técnico científico.

*Subcategoria 2.1- O planejamento em equipe e a avaliação permanente, ancorados na relação teoria e prática, contribuíram para a implantação dos dispositivos da PNH*

É necessário dizer que a palavra reunião foi destaque nas nuvens de palavras das Figuras 1, 2, 4, 5 e 6. A palavra equipe também se destacou nas

nuvens de palavras das Figuras 1, 2, 5 e 6, o que demonstra que o trabalho em equipe foi considerado elemento importante do processo de trabalho nas UBS do estudo.

Importante considerar que a grupalidade e as conversas informais, por meio de reuniões de equipe ou outros encontros, se constituem como lócus para o planejamento e a avaliação das ações.

Pelas suas características de construção coletiva e dialogicidade, as práticas de planejamento e de avaliação nos serviços são ferramentas que oportunizam o aprendizado e a troca dos saberes, pois reduzem a alienação dos trabalhadores de saúde no processo de trabalho, conferindo o seu protagonismo na produção de saúde (SILVA; SANTOS; MENDES, 2012).

No que diz respeito às atividades avaliativas, foi possível observar que estiveram presentes na rotina de trabalho, segundo o relato dos participantes dos grupos focais.

As reuniões e o trabalho em equipe mostraram-se como elementos facilitadores da avaliação, por meio dos momentos de discussão e de reflexão da prática, oportunizando as transformações e, portanto, concretizando a EPS, conforme mostram os depoimentos:

Com relação à reflexão da prática, é durante as conversas informais que ocorrem. Marcamos reunião para vermos como estão evoluindo as práticas. (UBS 1)

Só discutimos em reunião quando surge alguma ideia. Por exemplo, os ACS têm sugestões: vamos fazer dessa forma que talvez seja melhor. (UBS 1)

Eu acho que refletimos sobre a prática, porque a humanização passa por isso. Eu acho que se não há uma reflexão coletiva, eu tenho certeza que cada um reflete individualmente. Pode ser que a cada dois, mas reflete. (UBS 2)

Nós conseguimos sim, de vez em quando, sentar e conversar sobre a prática. (UBS 3)

Nós temos, mais ou menos uma pauta que já é fixa. Primeiro são os informes que tem no geral, depois nós falamos das dificuldades que estão ocorrendo durante a semana, quais foram as dificuldades que tem que melhorar. Cada uma fala da sua microárea e no final nós fechamos com as visitas domiciliares, sobre o que ficou determinado. (UBS 3)

Conseguimos refletir sobre a prática. (UBS 3)

Sei lá, acho que é meio natural, fazer uma avaliação, isso está funcionando, isso não está. (UBS 4)

A avaliação é uma atividade inerente ao homem e ao processo de aprendizagem, e na atualidade assume cada vez mais um caráter polissêmico em sua conceituação, abrigando múltiplas realidades e múltiplos referenciais de análise (SANTOS-FILHO, 2007).

E, nesse processo, o APSUS estimulou a prática avaliativa nas equipes com a finalidade de reflexão para o aprimoramento. A certificação pelo Selo Prata despertou entre os profissionais esta prática, considerando que para receber a certificação deveriam suplantar as iniquidades existentes na unidade.

Do acolhimento nós fizemos várias reuniões. Da estratificação em saúde mental nós temos que estar marcando mais reuniões. Estou esperando organizar a minha agenda e da psicóloga da unidade para vermos a melhor maneira de trabalhar esta estratificação de saúde mental. (UBS 6)

É uma das exigências do Selo [do APSUS] ter que parar, para avaliar o resultado disso tudo. Mas assim, nas poucas coisas que nós, na reunião do PSF discutimos, nós já vimos a mudança disso. (UBS 5)

Hoje nós estamos neste processo em relação ao Selo Prata (do APSUS), que nós estamos tentando avaliar, o porquê isso está acontecendo. (UBS 5)

Nas reuniões nós discutimos algumas coisas do Selo [do APSUS], por exemplo, o uso de uniforme, a cobrança, cabelo crachá, ou mesmo algum POP de algum setor que não estava adequado, que precisa de uma supervisão melhor. Discutimos alguns pontos que nós achamos que está certo, mas que às vezes o trabalhador que vai executar, aponta algumas falhas, dizendo o que não está dando certo e o que tem que mudar. (UBS 5).

O trabalho em equipe, tal qual foi evidenciado nestas falas, se constitui como uma potencialidade para a intervenção resolutiva em saúde quando tem o objetivo de promover a integração entre os profissionais (KAMI et al., 2016).

O diálogo e a grupalidade estimulam o pensamento crítico e avaliativo e concretizam um cenário de ensino e aprendizagem. A problematização é

estratégica para estimular a discussão e a análise crítica dos problemas rotineiros, fundamentais para o aprendizado e a transformação.

O diálogo, neste contexto entendido como um processo mediado por linguagem interativa requer que sua realização seja a partir da horizontalização das relações destes sujeitos sociais, em que a validade das intervenções esteja relacionada diretamente com a capacidade argumentativa de interagir e não às posições de poder que ocupam (ROJAS, 2010).

Nessa direção, o diálogo favorece o aprendizado no sentido da transformação de práticas usuais. Tem se instalado, portanto, a aprendizagem dialógica que envolve aprender a desenvolver habilidades de comunicação e usa o diálogo como um recurso para desenvolver o pensamento (BEAMONTE; GUTIÉRREZ, 2015).

Para Freire, é pensando criticamente a prática de ontem que se pode melhorar a próxima prática (FREIRE, 2014).

Portanto, os encontros dialógicos pressupõem a criação de possibilidades de produção e ressignificação de sentido sobre as experiências de seus participantes, os quais se implicam como atores históricos e sociais críticos e reflexivos diante da realidade (SILVA; SANTOS; BONILHA, 2014).

E é neste campo de trocas que ocorre o processo ensino-aprendizagem, pois a diversidade de pessoas pode ser um elemento de riqueza cultural que auxilia nos processos de aprendizagem e de transformação (JIMÉNEZ, 2014).

A aprendizagem dialógica significa que podemos encontrar outros pontos de vista e diferentes formas de ver e conhecer, o que nos leva a refletir sobre as opiniões e percepções de outros. Através dessas reflexões, minha conexão com outras subjetividades muda e, como resultado, produz um aprendizado (PARÉS; ALSINA, 2014).

Uma questão que merece ser mencionada como fragilidade, a qual foi relatada em quase todas as UBS deste estudo, foi a falta de reunião geral com a participação de todos os funcionários. Essa prática era realizada e foi interrompida por orientação da Secretaria de Saúde que, segundo os relatos, causavam problemas por ter que cancelar os atendimentos da unidade para a sua realização.

Os trabalhadores relatam que fazem reuniões por equipes da Estratégia Saúde da Família ou por setores, o que tem prejudicado a comunicação. Porém, buscam soluções com arranjos de comunicação interna, de forma que todos possam ser contemplados pelas informações novas.

Na minha opinião prejudica bastante nós não termos reunião geral. Nós conseguimos nos reunir bastante enquanto PSF. Mas com a unidade toda é muito difícil. Não conseguimos porque, para que todos estejam presentes, de todos os setores, tem que fechar a unidade. E isto, a gestão não permite. (UBS 6)

Com relação às reuniões, cada um do seu setor fica responsável por levar a informação para o seu setor. (UBS 5)

Só que embora a falta de reunião geral seja um problema, todo mundo sai correndo atrás para saber quem sabe. (UBS 2)

Com relação ao planejamento, poucos foram os relatos em que pontuaram este tipo de atividade. Porém, observa-se nestas falas alguma preocupação das equipes com relação ao planejamento e a programação das atividades realizadas principalmente de forma compartilhada:

Na reunião de equipe, nós fazemos programação uma vez por mês. Nós trabalhamos junto com o NASF. (UBS 5)

Fizemos uma agenda programada, conversamos também em equipe e decidimos. Quantas vagas para uma agenda programada. Tem o sistema do APSUS, mas nós acabamos não usando aquele sistema. Mas nós conversamos sobre o número de vagas, quantas vamos deixar para amanhã ou para depois. Nós vamos fazendo assim. Vendo a necessidade da população aqui. (UBS 6)

Nas reuniões nós sempre abordamos como que vai ser o grupo, a agenda, este tipo de coisa. E essa abordagem é sempre para favorecer o usuário. O melhor para ele. Adequar para nós e para o usuário. (UBS 2)

A aproximação dos profissionais da atenção básica com o planejamento, desde que seja de uma forma prática e relevante, dá sentido aos conceitos de território, adscrição de clientela, vínculo e responsabilidade sanitária, entre outros vinculados àquela estratégia. A definição de área de abrangência e de território favorece o acesso e permite criar vínculos de compromisso e

corresponsabilidade, além de viabilizar um diagnóstico local, o que permite planejamento e execução de ações mais efetivas (GRILLO, 2015).

Em um dos relatos foi possível observar a dificuldade da equipe em entender a importância do planejamento na organização do trabalho. A falta de perfil profissional para atuar na equipe de atenção básica muitas vezes pode comprometer o desenvolvimento do planejamento, da organização e a execução das atividades na atenção básica, refletindo de forma negativa na qualidade dos serviços prestados (NORA; JUNGES, 2013).

Estão acostumados. Se acomodaram. E você sempre é a chata. Mas assim, é o protocolo, a importância do processo de trabalho. As pessoas não entendem que com o planejamento fica mais fácil trabalhar. As pessoas não entendem que se eu tiver uma rotina de sala, fica muito mais fácil fazer as coisas certas, sem pular etapas. Não é um quartel militar, mas a segurança que aquilo te dá... (UBS 5)

Entretanto, para que a ESF se constitua em proposta alternativa de modelo de atenção, ela precisa ter uma combinação de tecnologias e uma correlação de forças favoráveis às mudanças, caso contrário, continuará sendo um programa verticalizado (SILVA; CASOTTI; CHAVES, 2013). O planejamento se constitui como uma tecnologia importante na equipe para transformá-la nesse modelo de atenção alternativo.

O planejamento, se realizado de forma compartilhada, pode favorecer a democratização da gestão e reduzir a alienação dos trabalhadores de saúde nos processos de produção (SILVA; SANTOS; MENDES, 2012). Faz com que os anseios por transformação se tornem realidade quando é formulado pelo coletivo dos sujeitos implicados na mudança.

A prática de planejamento e programação em unidades de saúde deve ser permeada por movimentos de construção coletiva, com responsabilização de todos os membros da equipe, almejando o alcance de metas locais. Portanto, essa característica participativa harmoniza com as premissas da EPS no sentido da dialogicidade e participação no processo.

Em suma, a subcategoria 2.1 nos aponta que as reuniões, bem como os espaços informais de trocas, envoltos por processos de EPS, foram cenários em que se concretizou a avaliação permanente da implantação e organização dos

dispositivos da PNH, propiciando as transformações. Esta evidência nos responde ao Pressuposto 4 da PNEPS, que se refere à reflexão sobre a prática como orientadora da construção coletiva do conhecimento.

No entanto, as características que confeririam a presença da EPS nas práticas de planejamento, como a construção coletiva da organização dos serviços e das rotinas, não se constituíram como um ponto forte da equipe.

Para Freire (2014), não há inteligibilidade que não seja comunicação e intercomunicação e que não se funde na dialogicidade. Nesse sentido, compreende-se a educação libertadora de Freire, a qual é capaz de desenvolver os saberes e práticas dos indivíduos que, em conjunto, reconhecem a sua realidade por meio do diálogo e da problematização, e a transformam (FREIRE, 2011).

*Subcategoria 2.2- O uso de ferramentas autônomas e ativas individuais contribuíram para a implantação dos dispositivos da Política Nacional de Humanização*

Esta subcategoria remete ao uso de ferramentas autônomas e individuais utilizadas pelos trabalhadores na busca de aprimoramento do seu desempenho profissional, expressado nas falas:

Se nós estávamos com dúvida pegávamos da internet. (UBS 1)

Porque hoje em dia nós digitamos lá no Google, entra no Ministério da Saúde e já tem todos os manuais. (UBS 1)

Eu mantenho aquele material [do APSUS], às vezes eu consigo ainda consultar. (UBS 2)

A busca de qualificação profissional como um processo contínuo de revitalização e superação do desempenho pessoal, foi citada em alguns momentos, mostrando nestes relatos a preocupação de aprimoramento pessoal.

O uso de recursos computacionais como forma de incentivo ao aluno na busca de conhecimento e a educação em rede vem se consolidando como proposta inovadora no campo da educação (SILVA; ANDRADE; TESSARI,

2014). Neste sentido, as ferramentas de apoio pela *internet*, foram evidenciadas nos relatos como complemento e apoio nos processos de aprendizagem locais.

As metodologias de ensino baseados nas teorias de Paulo Freire encontram um lugar de destaque na educação de adultos em todo o mundo. E se Freire tivesse formulado suas teorias da educação durante a era da informação, ele certamente teria considerado a tecnologia como um caminho para a educação libertadora (KASH; DESSINGER, 2010), considerando o seu acesso democrático e a sua abrangência textual, capaz de alcançar as diversas necessidades e realidades pessoais.

### *Subcategoria 2.3- A existência de material de apoio técnico-científico colaborou no protagonismo coletivo*

Esta subcategoria busca mostrar a utilização de material de apoio técnico-científico utilizado pelas equipes para o aprimoramento coletivo. A utilização de material de apoio pela equipe foi evidenciada entre as equipes, na busca de fundamentação teórica para as atividades cotidianas.

Nas reuniões de equipe dá para nós lermos alguma coisa [sic].  
(UBS 3)

Nós fizemos o treinamento do acolhimento e usamos o caderno 28, que trata bastante da humanização. (UBS 5)

O material disponibilizado pelo APSUS despontou como uma ferramenta importante utilizada nos momentos de discussão e estudo, especialmente no que diz respeito aos protocolos.

Em relação ao APSUS, se tem uma base é fácil, é muito seguro: ela tem asma, ela teve doença hipertensiva na outra gestação, é muito seguro você classificar e atender. (UBS 1)

[Com o APSUS], está tudo no papel, está tudo pontuado o que deve ser feito. (UBS 2)

Para implantar a estratificação, nós tivemos como base o APSUS. Então, nós tivemos as cartilhas, os livros do APSUS. (UBS 3)

Na reunião do Selo [do APSUS] fazemos leituras de material. (UBS 5)

Para o acolhimento e para a estratificação do idoso, nós usamos o material do APSUS. (UBS 6)

Para a estratificação de saúde mental, nós usamos a apostila do APSUS, aquela ficha. (UBS 5)

Importante destacar que a utilização de protocolos assistenciais pode tanto favorecer o processo de trabalho como pode engessá-lo aos modelos pré-concebidos e, com isso, perder a possibilidade de reflexão para modelos alternativos, resultando no que Freire (2011) denomina de “educação bancária”, onde os conhecimentos são depositados. Os protocolos podem se configurar ora como promotores do cuidado, ora como limitantes a ele, sendo relevante a análise das diferentes situações em que se aplicam (YAKUWA et. al., 2016).

Embora o modelo de material disponibilizado pelo APSUS tenha sido valorizado pelas equipes, depoimentos mostraram que, quando este modelo não era suficiente ou não estava adequado à realidade local, foi realizada a sua reestruturação ou complementação:

Com relação à estratificação de risco, o modelo do Ministério da Saúde do APSUS, não estava adequado à nossa realidade. E aí em reunião, nós adequamos. Porque eu acho que cada posto tem a sua necessidade. Outro posto já faz o grupo de outra maneira. Tem o modelo do APSUS, mas cada posto tem a sua especificidade. (UBS 2)

Do APSUS, eu tive que buscar outros materiais para aprofundar um pouco mais. Na nossa prática diária, conforme a demanda vai aparecendo, nós vamos buscando. O hiperdia mesmo, nós tivemos que buscar material sobre as doenças crônicas. Tem os manuais, os protocolos. Na internet, nós pesquisamos bastante. (UBS 4)

Essa busca pela qualificação coaduna com a educação permanente, pois qualificar-se constantemente pode tornar o sujeito crítico e reflexivo para fazer a diferença na trajetória profissional, desenvolvendo competências, habilidades e atitudes que permitam uma atuação direcionada às necessidades de saúde da população. Nesse sentido, a educação permanente representa uma oportunidade de transformação, ampliação e valorização dos saberes individuais

e coletivos dos membros envolvidos neste processo, empoderando-os para que sejam agentes ativos no seu processo de trabalho (WEYKAMP et al., 2016). Os depoimentos demonstraram que houve comprometimento das equipes na busca da sua qualificação e que, mesmo com os protocolos assistenciais instituídos pela gestão, foram discutidos e adaptados à realidade local.

Esse empoderamento tangencia a obra de Paulo Freire no que diz respeito a educação como ferramenta de transformação social (FREIRE, 2014).

Portanto foi possível observar na Categoria 2 que, embora as práticas de planejamento não tenham sido relevantes na rotina das equipes, os materiais de apoio técnico-científico para aprimoramento dos grupos bem como as ferramentas autônomas e ativas individuais foram utilizados nos processos de educação permanente que ocorreram, e auxiliaram a implantação das diretrizes e dispositivos da PNH.

Sendo assim, esta evidência afirma o segundo Pressuposto da PNEPS (Quadro 1), no que se refere ao desenvolvimento de metodologias que favoreçam o protagonismo dos sujeitos.

### **Categoria 3 - O trabalho coletivo, permeado pelo aprendizado, foi uma realidade na implantação dos dispositivos da PNH**

Esta categoria tem por objetivo demonstrar a construção coletiva pelos profissionais e a interação no ambiente de trabalho, permeados pelo aprendizado, como fato que se concretizou na implantação dos dispositivos da PNH.

As palavras em destaque na nuvem de palavras da Figura 5 (reunião, conseguir, enfermagem, equipe, ficar, saúde, falar), reafirmam o ambiente coletivo, a integração da equipe e o apoio como arranjos que se concretizam na rotina do trabalho, podendo ser mediado principalmente pelos profissionais da enfermagem que, segundo a literatura, se constituem na principal força de trabalho na área da saúde (MACHADO et al., 2016).

Houve bastante [integração]. Se todo mundo não concordasse, não ia ter como fazer a mudança. (UBS 1)

No começo nós estudamos com a comissão para ver o que ia ser feito. Daí nós montamos um questionário para avaliar o que precisava e depois reunimos os profissionais para começar a estudar. (UBS 4)

É um ganho trabalhar em conjunto com o paciente. (UBS 6)

Daí nós sentamos com uma funcionária de cada setor e discutimos, por exemplo, a questão do acolhimento, do agendamento de consultas, da escuta, da privacidade. (UBS 1)

Nós tivemos reunião da unidade, sentamos, falamos, conversamos com o pessoal da enfermagem, que fica no acolhimento. (UBS 6)

As falas permitiram perceber o aspecto da construção coletiva do trabalho, uma vez que a integração, conforme consta na literatura, contribui para a ampliação da autonomia e o empoderamento dos profissionais, com a utilização de processos educativos autênticos que oportunizam as pessoas a assumirem a condição de sujeitos criativos, capazes de transformar a realidade e, a partir dessa transformação, transformar a si mesmas (KLEBA et al., 2016).

Entretanto, algumas UBS apresentaram depoimentos dissonantes, apontando dificuldades para realização de espaços de diálogo, falta de interação entre os profissionais, segmentação e divisão do trabalho, evidenciada nas seguintes falas:

A doutora não participa no horário da reunião, porque ela tá atendendo. Mas só que nós sempre repassamos tudo para ela. (UBS 3)

Refletir acho que não conseguimos. Mas na minha opinião nós já conseguimos perceber as consequências dessas mudanças. Melhorou bastante, mas parar ou se reunir para refletir, não fazemos. (UBS 4)

A PNEPS foi instituída para ser transformadora das práticas de saúde, evitando a fragmentação e individualização de suas ações como também buscando os princípios da integralidade (CUNHA et. al., 2014). A presença de uma visão ainda pautada na fragmentação dos processos de trabalho compromete os processos dialógicos no cenário de aprendizagem e a avaliação.

É importante também considerar o potencial de todos os profissionais na construção coletiva do processo de trabalho. Há necessidade de mudança no

modelo médico-hegemônico, pois o potencial de trabalho de todos os profissionais pode ser aproveitado nos cuidados diretos ao usuário, elevando assim a capacidade resolutiva dos serviços (KAMI et al., 2016).

Para haver essa construção coletiva do conhecimento é necessário romper com esse modelo médico centrado, como também com os esquemas verticais característicos da “educação bancária”, onde, segundo Freire (2011), os conteúdos são depositados. A troca dos saberes entre os profissionais os tornam protagonistas do seu conhecimento, pois como Paulo Freire teoriza, o aprender dos sujeitos se dá em comunidade, mediatizados pelo mundo (FREIRE, 2011).

Sendo assim, essa categoria nos apontou que houve construção coletiva do trabalho, embora algumas falas tenham revelado situações que denunciam a fragmentação do trabalho entre a equipe.

Os relatos da Categoria 3 (Quadro 1) nos permitiram responder ao Pressuposto 3 da PNEPS, no que diz respeito à interação entre os atores envolvidos no processo de aprendizagem.

#### **Categoria 4 - O apoio colaborativo da equipe e o compartilhamento de saberes foi um cenário que oportunizou o aprendizado e as transformações**

Esta categoria buscou mostrar que as experiências de apoio colaborativo entre as equipes e a intersetorialidade foram ferramentas importantes para o estabelecimento de práticas humanizadas. Sendo assim, é possível identificar nos relatos que se seguem as parcerias importantes entre os profissionais, equipes e academia.

A enfermeira organizou o PSF, as visitas do ACS, auxiliou no comprometimento, na busca de mudanças para melhorar e na assistência. Foi iniciativa da enfermeira, porque quando cheguei, a enfermeira já tinha organizado isso, então foi muito fácil dar continuidade. (UBS 5)

Com relação à ambiência, cada um dava uma ideia. (UBS 4)

Na reunião do Selo (do APSUS) fazemos leituras. (UBS 5)

Nós tivemos que abraçar a causa e lutar, uma ajudando a outra, enfrentando as dificuldades dia a dia. (UBS 6)

Às vezes eu vejo um caso, numa visita com a ACS. Eu acho que é para nutricionista. Mas aí eu converso com a nutricionista e ela vê que é com a psicóloga ou com a fisioterapeuta... (UBS 6)

Nós vamos conversando e trabalhando em conjunto, é mais fácil. Bem mais tranquilo. (UBS 6)

Nessa unidade temos até facilidade, porque o médico dá uma boa ajuda para a enfermagem. Mesmo que sejam coisas programadas, mas ele acaba atendendo em caráter de emergência. Uma receita mesmo, não é uma emergência, mas ele acaba fazendo. Ele tem essa noção de ajudar a enfermagem para resolver o problema que estão tendo no momento. (UBS 6)

Ter mais cursos ajuda muito no atendimento. Você passa a ter um olho clínico para o paciente. Não fica uma coisa mecânica: abre a boca, fecha a boca, e pronto. (UBS 3)

Porque daí eu vou discutir com ela, como nós vamos fazer para resolver aquele problema. Eu tenho que dividir com alguém. (UBS 1)

Eu acredito que as capacitações têm dado resultado, principalmente na parte da clínica ampliada, porque quando eu comecei a ir na visita domiciliar eu pegava muitas pessoas, onde o problema não era da nutrição em si. Era da fisioterapia, da psicologia. (UBS 6)

O número de pessoas com múltiplas condições crônicas que demandam mais serviços de atenção básica está aumentando. Para lidar com as demandas complexas de saúde dessas pessoas, deve haver colaboração mútua entre os diversos tipos de profissionais (VAN DONGEN et al., 2016), permitindo a qualidade da atenção permeada pela humanização.

A colaboração interprofissional tem sido bastante significativa no contexto geral dos processos e organizações de trabalho, apresentando-se como uma construção de várias significâncias, complexa, atual e que tem surgido no sentido de dar respostas às necessidades envolvidas no trabalho em equipes, sobretudo nos serviços de saúde (ARAÚJO; GALIMBERTTI, 2013).

Em geral, em diversos países, em uma reflexão diante dos desafios múltiplos e complexos que implicam um novo enfoque multiprofissional da atenção básica, os profissionais de saúde requerem competências que incluem não só os conhecimentos técnicos, mas também capacidade para trabalhar em

equipe e habilidades de comunicar-se com os demais profissionais e com a comunidade (REY-GAMERO; RAMÍREZ, 2013).

E é na ESF que a intersetorialidade encontra as melhores oportunidades para contribuir com o desenvolvimento de algo fundamental, isto é, um novo modelo de fazer e promover saúde (DIAS et al., 2014), alicerçado em práticas colaborativas que favoreçam o ensino-aprendizagem e, conseqüentemente, atenção à saúde de excelência.

Nos serviços de saúde o trabalho de forma interdisciplinar é um dos fundamentos da atenção básica, que tem a ESF como estratégia prioritária para sua organização, de acordo com os preceitos do SUS. Isso significa que os processos de trabalho em equipe devem ser focados na efetivação da integralidade (ARAÚJO; GALIMBERTTI, 2013).

É necessário destacar o papel das equipes dos NASF enquanto promotores destas práticas colaborativas multiprofissionais, que funcionam como uma estratégia de apoio à ESF, com a grande missão de desenvolver a integralidade e auxiliar no desenvolvimento da interdisciplinaridade. A proposta de atuação dos NASF tem por pressuposto a gestão das equipes no contexto do apoio matricial, com atendimentos compartilhados, discussão de casos e formulação de projetos terapêuticos, na intenção de possibilitar a troca de saberes e de práticas (ARAÚJO; GALIMBERTTI, 2013).

Neste contexto, pôde-se constatar que essas práticas colaborativas estão presentes na rotina dos trabalhadores das UBS do estudo. O resultado gerado pela nuvem de palavras (Figuras 1 e 3) relacionadas aos dispositivos implantados e às mudanças que ocorreram, ratificou as análises supracitadas, considerando que as palavras que gravitaram em torno da palavra “paciente” demonstraram o envolvimento dos profissionais na condução do cuidado, sendo elas: “ajudar, conversar, entender, melhorar, discutir e reunião” que apareceram em destaque.

Outro fato importante que ficou evidenciado nas falas é o apoio matricial realizado pelas equipes de NASF ou dos Centros de Atenção Psicossocial da infância e adolescência (CAPSi). Trata-se de uma metodologia que busca organizar o trabalho interprofissional, tanto entre as equipes quanto entre as Redes de Atenção à Saúde, e utiliza, além dos conceitos de trabalho

compartilhado e de cogestão, o conceito de interdisciplinaridade, a visão ampliada do processo saúde-doença-cuidado e objetiva a construção de corresponsabilidade no cuidado em saúde entre as equipes multiprofissionais (CASTRO; CAMPOS, 2015).

Nós fazemos o matriciamento permanente com as categorias. A fisioterapia está terminando agora o dela. A psicologia já fez em algumas unidades. Logo começa o da educação física o da nutrição. E fora isso, também, algumas coisas que vêm da Secretaria que nós tentamos repassar (UBS 6)

Fazemos matriciamento com as equipes, para ver o que ficou de dúvidas do APSUS. Quando foi solicitado, nós fizemos isso. Nós ficávamos de referência para cada equipe e se precisasse de algum auxílio, procurava um profissional. (UBS 4)

Quanto à clínica ampliada, nós tivemos o matriciamento do CAPS i e fomos muito elogiados, porque não é todo lugar que se consegue ter essa reunião multiprofissional, com envolvimento. (UBS 6)

A academia também tem desempenhado um importante papel no apoio às equipes. A aproximação entre as instituições de ensino e a assistência à saúde, balizadas pela aprendizagem dialógica, são capazes de estimular a produção de uma prática amadurecida pelo exercício da reflexão e, portanto, é estratégia possível e adequada à implantação da PNH. Experiências de integração ensino-serviço promovem avanços na aproximação entre universidades e instituições de saúde, na reorganização do ensino e da assistência à saúde e em relação à educação permanente em saúde (CAVALCANTI et al., 2013). Assim, com o estreitamento das relações entre instituições formadoras e serviços de saúde, pretende-se que a participação de estudantes na rede assistencial oportunize o processo de aprendizagem a partir de realidades ao mesmo tempo em que se promove a reorientação do processo de trabalho local na direção de um sistema público de saúde mais resolutivo e de qualidade (FERRAZ et al., 2012).

Além disso, na atenção básica se potencializa a integração docência-assistência-investigação mediante as atividades de consultas médicas, visitas domiciliares, intervenções de grupo e comunitárias, ações de educação e promoção da saúde, entre outras (PUIG; MARÍA; PÉREZ, 2013).

Neste sentido, as falas dos profissionais demonstram que a aproximação entre ensino e assistência tem contribuído para a adequação dos processos de trabalho.

Nós temos muita integração com o Pró-saúde. O Pró-saúde ajuda, participa, dá ideias, pega ideias. Às vezes eles dão alguma ideia, mas nós temos que ver as nossas possibilidades. Mas eles ajudam bastante em certas coisas que nós temos curiosidade, ou numa informação que necessitamos. (UBS 3)

A residência de urgência e emergência e a residência de enfermagem estão sendo ótimas para unidade. O tempo que eles estão aqui, nós conseguimos fazer muitas trocas. Os da enfermagem são os que mais trazem benefício. Acho que tanto para população, quanto para o serviço. (UBS 3)  
Realmente precisava ter muito mais cursos para nós, de vários temas. (UBS 3)

Importante ressaltar que, no que diz respeito ao apoio colaborativo, o processo educativo estimulado pela PNEPS deve subsidiar meios para que as pessoas consigam estruturar e dividir suas experiências, expandindo a sua compreensão de mundo, seus anseios, dúvidas e certezas. O foco não deve ser o conhecimento em si, mas a forma de alcançá-lo (VIEIRA, 2014). Portanto, tão importante quanto alcançar novos horizontes do conhecimento, é o processo de busca compartilhado que o leva.

Diante destes encontros concluímos que, segundo Freire, não há quem saiba mais ou saiba menos, mas os saberes de cada um se diferem e se complementam (FREIRE, 2011). E essa riqueza contida nos espaços de conhecimentos múltiplos nos evidencia que o apoio colaborativo entre os profissionais e equipes, bem como o compartilhamento de saberes, oportunizou o aprendizado e as transformações nas unidades do estudo, conforme definido na Categoria 4. Essa premissa nos responde ao terceiro Pressuposto da EPS (Quadro 1), uma vez que houve interação entre os atores envolvidos no processo.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo demonstrou que muitos dispositivos da PNH foram implantados e organizados nas unidades do estudo e esta implantação, na maioria das vezes, foi conduzida por práticas de educação permanente, especialmente por meio de iniciativas como o APSUS, que foi amplamente debatido em todas as unidades como um dos principais indutores das transformações ocorridas. Os profissionais ressentiram a interrupção das Oficinas do APSUS, a qual foi deflagrada com início da segunda etapa do Programa.

Dentre os dispositivos de humanização implantados os mais citados foram o acolhimento com classificação de risco, a estratificação de risco e a ambiência.

A gestão compartilhada também se mostrou como uma ferramenta presente no processo de trabalho das equipes. Neste sentido vale ressaltar a importância da dialogicidade e do protagonismo de todos os sujeitos implicados no processo de produção de saúde. Os espaços de diálogo são cenários imprescindíveis para o desenvolvimento da PNEPS e da PNH.

Entretanto, observa-se pelos depoimentos que a Secretaria de Saúde deve voltar a valorizar e incentivar estes espaços dialógicos, tais como Grupo de Trabalho de Humanização, reuniões gerais, colegiados gestores, entre outros, nas unidades de saúde, respaldados pelo controle social.

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde esteve presente na implantação da Humanização e têm influenciado de forma positiva os processos de trabalho das equipes. Os relatos dos grupos focais foram, de forma geral, muito positivos no sentido de apontar as transformações do modelo de assistência no nível local.

Outro aspecto a ser destacado é que o processo de trabalho das equipes de atenção básica exige que a sua atuação não esteja restrita aos atendimentos no âmbito da unidade, uma vez que as práticas assistenciais devem estar voltadas para uma perspectiva de mudanças nos perfis de saúde-doença da coletividade em territórios específicos, sendo importante considerar o contexto socioambiental em que atuam esses profissionais e suas repercussões possíveis sobre as condições de trabalho e saúde dos trabalhadores.

Neste sentido foi possível observar uma diversidade de ações que estão sendo desenvolvidas pelas equipes que não têm ficado restrita ao campo da assistência direta ao paciente, mas que tem extrapolado para um olhar mais amplo, relacionado às intervenções.

No entanto, ainda necessita-se avançar nas atividades relacionadas ao planejamento e programação das ações, ainda pouco exploradas, mas consideradas essenciais para elevar a ESF à condição de reorientadora do modelo, juntamente com a exploração do território, a educação em saúde, a participação popular e a avaliação, ou seja, aquelas ações voltadas às necessidades reais da população.

As práticas colaborativas tiveram visibilidade nos relatos, onde a intersectorialidade se constituiu como uma concepção que desencadeou novas maneiras de planejar, executar e controlar ações e serviços para garantir acesso e qualidade da atenção à saúde de modo integral.

Com relação às práticas colaborativas, cumpre ressaltar o papel essencial da academia nas unidades básicas como apoiadora e modeladora de práticas fundamentadas nas vivências e experiências concretas, tal qual foi evidenciado neste estudo.

Finalmente, constatou-se que na realidade estudada, apesar de todos os entraves, as práticas de educação permanente têm permeado os processos de trabalho para a implantação dos dispositivos da PNH.

## **6. IMPLICAÇÕES DO ESTUDO PARA O ENSINO, PESQUISA E A PRÁTICA DA ENFERMAGEM**

Este estudo traz informações relevantes para a ciência e para a pesquisa, podendo oferecer subsídios à Secretaria Municipal de Saúde para o aperfeiçoamento da gestão e da atenção à saúde, no que diz respeito às Políticas Nacionais de Educação Permanente e de Humanização.

É evidente a importância do desenvolvimento de habilidades técnicas necessárias ao exercício profissional na área da saúde. No entanto, é fundamental o preparo dos profissionais para lidar com as questões subjetivas do cuidado, com as relações dialógicas, com o processo de ensino-aprendizagem no serviço e com a humanização da assistência, com ênfase à equipe de enfermagem, a qual hoje se constitui como uma das principais forças de trabalho da saúde.

Nesse sentido, este trabalho está vocacionado a contribuir com os profissionais de saúde nesta reflexão, especialmente ao enfermeiro pelo papel importante que este profissional tem assumido atualmente na atenção básica, como coordenador da equipe e como condutor dos processos de trabalho.

## REFERÊNCIAS

- ALEXANDRE, N. M. C.; COLUCI, M. Z. O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p. 3061–3068, 2011.
- ALVES, J. DE S.; ASSIS, M. M. A. Gestão do Trabalho: abordagens teóricas e políticas no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 35, n. 1, p. 55–67, 2011.
- AMARANTE, D. S.; CERQUEIRA, M. A.; CASTELAR, M. Humanização da Saúde Pública no Brasil. Discurso ou recurso? **Revista Psicologia, Diversidade e Saúde**, Salvador, v. 2, n. 1, p. 68–73, 2014.
- AMESTOY, S. C. et al. Educação permanente e sua inserção no trabalho da enfermagem. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 7, n. 1, p. 83–88, 2008.
- ARAÚJO, E.; GALIMBERTTI, P. A colaboração interprofissional na Estratégia Saúde da Família. **Psicologia e Sociedade**, Sobral, v. 25, n. 2, p. 461–468, 2013.
- BACKES, D. S. et al. Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas. **Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 35, n. 4, p. 438–442, 2011.
- BALDISSERA, V. D. A.; BUENO, S. M. V. A educação permanente em saúde e a educação libertária de Paulo Freire. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 13, n. 2, p. 191–192, 2014.
- BALDISSERA, V. D. A.; COSCRATO, G.; BUENO, S. M. V. Práticas da enfermagem na Educação para a Saúde na rede de atenção à Saúde Mental: a reforma (também) necessária. **Saúde & Transformação Social**, Florianópolis, v. 6, n. 1, p. 131–142, 2016.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011.
- BEAMONTE, M. F.; GUTIÉRREZ, C. L. Tertulias Dialógicas en Educación Social: Transformando el Aprendizaje. **International Journal of Sociology of Education**, v. 3, nº 3, p. 244–268, 2015.
- BONETI, L. W. As políticas públicas no contexto do capitalismo globalizado: da razão moderna à insurgência de processos e agentes sociais novos. **Revista Eletrônica de Humanidades do Curso de Ciências Sociais da UNIFAP**, Macapá, n. 5, p. 17–28, 2012.
- BRANDÃO, C. R. Refletir, discutir, propor as dimensões da militância intelectual que há no educador In: \_\_\_\_\_. (Org.). **O educador: vida e morte**. 3. ed. Rio de Janeiro: Graal. 1983. p. 71-87.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicaocompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm)> . Acesso em: 20 nov 2016.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. p. 1756–1760. Brasília, DF, 1990. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/sileg/integras/776770.pdf>>. Acesso em: 20 nov 2016.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004**. Diário Oficial da União. [s.l: s.n.]. Brasília, DF, 2004. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1832.pdf>>. Acesso em: 20 nov 2016.

\_\_\_\_\_. **Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007**. Brasília, DF, 2007. Disponível em: <[http://www.esp.ms.gov.br/wp-content/uploads/sites/66/2015/05/portaria\\_1996.pdf](http://www.esp.ms.gov.br/wp-content/uploads/sites/66/2015/05/portaria_1996.pdf)>. Acesso em: 20 nov 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **O HumanizaSUS na atenção básica**. 1. ed. Brasília, DF, 2009 (Série B. Textos Básicos de Saúde). 40 p..

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Humanizasus: documento base para trabalhadores e gestores do SUS**. Brasília, DF, 2010a. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus\\_documento\\_gestores\\_trabalhadores\\_sus.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf)>. Acesso em: 20 nov 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Cadernos HumanizaSUS: Formação e Intervenção**. Brasília, DF, 2010b. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_humanizaSUS.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizaSUS.pdf)>. Acesso em: 20 nov 2016.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Gestão do trabalho e da educação na saúde**. CONASS, 2011. 120 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF, v. 1, p. 110, 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Educação permanente em saúde: um movimento instituinte de novas práticas no Ministério da Saúde**. Brasília, DF, 2014a (Série B. Textos Básicos de Saúde). p. 120.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 278, de 27 de fevereiro de 2014**. Institui diretrizes para implementação da Política de Educação Permanente em Saúde, no âmbito do Ministério da Saúde. Brasília, DF, 2014b. Disponível em: <[http://www.poderesaude.com.br/novosite/images/Publica%C3%A7%C3%B5es\\_28.02.2014\\_-\\_IV.pdf](http://www.poderesaude.com.br/novosite/images/Publica%C3%A7%C3%B5es_28.02.2014_-_IV.pdf)> Acesso em: 20 nov 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Saúde – PNS: 2016-2019**. Brasília, DF, 2016.93 p. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/ultimas\\_noticias/2016/docs/PlanoNacionalSaude\\_2016\\_2019.pdf](http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2016/docs/PlanoNacionalSaude_2016_2019.pdf)>. Acesso em: 20 nov 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**. Disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape\\_pmaq.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php)>. Acesso em: 7 fev 2017.

BRÊTAS, M. D. et al. Gestão do trabalho: implicações para o cuidado na Atenção Primária à Saúde. **Enfermería Global**, Murcia, n. 38, p. 190–204, 2015.

CARDOSO, I. M. Rodas de Educação Permanente na Atenção Básica de Saúde: analisando contribuições. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 18–28, 2012.

CAROTTA, F.; KAWAMURA, D.; SALAZAR, J. Educação permanente em saúde: Uma estratégia de gestão para pensar, refletir e construir práticas educativas e processos de trabalhos. **Saúde e Sociedade**, São Paulo v. 18, p. 48–51, 2009. Supl.1.

CARVALHO, M. L. et al. Infecções hospitalares em unidade de terapia intensiva neonatal. **Revista Interdisciplinar**, Teresina, v. 7, n. 4, p. 189–198, 2014.

CASTRO, C. P. DE; CAMPOS, G. W. DE S. Apoio matricial como articulador das relações interprofissionais entre serviços especializados e atenção primária à saúde. **Physis (Rio de Janeiro): Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 455–481, 2015.

CAVALCANTI, L. et al. Experiências de integração ensino-serviço no processo de formação profissional em saúde: Revisão integrativa. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 16, n. 1, p. 228–237, 2013. Disponível em: <<http://revistas.ufg.br/fen/article/view/20132/16462>>. Acesso em: 18 nov 2016.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 161–178, 2005.

CELEDÔNIO, R. M. et al. Políticas de educação permanente e formação em saúde: uma análise documental. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 13, n. 5, p. 1100–1110, 2012.

COTTA, R. M. M. et al. Debates atuais em humanização e saúde: quem somos nós? **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 171–179, 2013.

COUTINHO, L. R. P.; BARBIERI, A. R.; SANTOS, M. L. M. Acolhimento na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. **Saúde em Debate**, Londrina, v. 39, n. 105, p. 514–524, 2015.

CUNHA, P. F.; MAGAJEWSKI, F. Gestão Participativa e Valorização dos Trabalhadores: Avanços no âmbito do SUS. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 21, p. 71–79, 2012. Supl. 1.

CUNHA, A. S. et al. Implicações da Educação Permanente no processo de trabalho em saúde. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v. 15, n. 4, p. 64–75, 2014.

DIAS, M. S. D. A. et al. Intersetorialidade e Estratégia Saúde da Família: tudo ou quase nada a ver? **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 11, p. 4371–4382, 2014.

DOMÍNGUEZ, G. R. Educar por competencias a los profesionales de la salud para transformar la salud. **Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública**, Lima, v. 31, n. 3, p. 413–416, 2014.

FERRAZ, F. et al. Ações estruturantes interministeriais para reorientação da Atenção Básica em Saúde: Convergência entre educação e humanização. **Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 36, n. 3, p. 482–493, 2012.

FERREIRA, A. G. N. et al. Humanização do Parto e Nascimento: Acolher a Parturiente na Perspectiva Dialógica de Paulo Freire. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, Recife, v. 7, n. 5, p. 1398–405, 2013. Disponível em: <[http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/5642/1/2013\\_art\\_agnerreira2.pdf](http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/5642/1/2013_art_agnerreira2.pdf)>. Acesso em: 18 dez 2016.

FERREIRA, J. A.; ARAÚJO, G. C. Humanização na Saúde: uma análise dos sentidos na óptica do trabalho cotidiano. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 13, n. 1, p. 199–213, 2014.

FRANÇA, T. et al. A capilaridade da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no Brasil. **Investigação Qualitativa em Saúde**, v. 2, p. 66–75, 2015.

FRANK, B. R. B. et al. Avaliação da implementação da Rede Mãe Paranaense em três Regionais de Saúde do Paraná. **Saúde em Debate**, Londrina, v. 40, n. 109, p. 163–174, 2016.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. 50. ed. Rio de Janeiro: Paz & Terra, 2011.

\_\_\_\_\_. **Pedagogia da autonomia. Saberes necessários à prática educativa**. 48 ed. Rio de Janeiro: Paz & Terra, 2014.

GRILLO, M. J. C. **Educação Permanente em Saúde espaços: sujeitos e tecnologias na reflexão sobre o processo de trabalho**. 2012. 222 f. Tese (doutorado). Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, Belo Horizonte, 2012.

GUEDES, C. R.; PITOMBO, L. B.; BARROS, M. E. B. Os processos de formação na política nacional de humanização: A experiência de um curso para gestores e

trabalhadores da atenção básica em saúde. **Physis (Rio de Janeiro): Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1087–1109, 2009.

HUÇULAK, M. C.; PETERLINI, O. L. G. Rede Mãe Paranaense: relato de experiência. **Espaço para a Saúde**, Londrina, v. 15, n. 1, p. 77–86, 2014.

JIMÉNEZ, B. R. Nuevos Movimientos Sociales en el Estado Español: Una Visión desde los Principios del Aprendizaje Dialógico. **Revista internacional y multidisciplinaria en ciencias sociales**, Barcelona, v. 2, n. 3, p. 273–296, 2014.

KAMI, M. T. M. et al. Trabalho no consultório na rua: uso do software IRAMUTEQ no apoio à pesquisa qualitativa. **Escola Anna Nery: Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 1–5, 2016.

KASH, S.; DESSINGER, J. C. Paulo Freire's relevance to online instruction and performance improvement. **Performance Improvement**, v. 49, no 2, p. 785–799, 2010.

KLEBA, M. E. et al. Trilha interpretativa como estratégia de educação em saúde: potencial para o trabalho multiprofissional e intersetorial. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 20, n. 56, p. 217–226, 2016.

LEITE, M. T. S. et al. Perspectivas de educação permanente em saúde no norte de Minas Gerais. **REME: Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 16, n. 4, p. 594–600, 2012.

MACHADO, M.H. et al. Mercado de trabalho da enfermagem: aspectos gerais. **Enfermagem em Foco**, Salvador, v. 7, p. 54–56, 2016.

MANZINI, E. J. Considerações Sobre a Elaboração de Roteiro para Entrevista Semi-Estruturada. In: COLÓQUIOS SOBRE PESQUISA EM EDUCAÇÃO ESPECIAL. Marília, 2003. p. 11–25.

MARINGÁ. Secretaria de Saúde. **HumanizaSUS Maringá- situação em 2011**. Maringá, 2011

MELO JÚNIOR, E. S.; NOGUEIRA, M. O. A Humanização do Ser Humano em Paulo Freire: a busca do “ ser mais ”. **Revista Formação@Docente**, Belo Horizonte, v. 3, n. 1, p. 1–14, 2011. Disponível em: <<http://www3.izabelahendrix.edu.br/ojs/index.php/fdc/article/view/254/276>>. Acesso em: 20 dez 2016.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia da Saúde da Família**. Organização Pan- Americana de Saúde, 2012.

MERHY, E. E. Educação Permanente em Movimento - uma política de reconhecimento e cooperação, ativando os encontros do cotidiano no mundo do

trabalho em saúde, questões para os gestores, trabalhadores e quem mais quiser se ver nisso. **Saúde em Redes**, Porto Alegre, v. 1, n. 1, p. 7–14, 2015.

MINAYO, M.C.S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 21. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.

MORAIS, F. R. R. et al. A importância do PET-SAÚDE para a formação acadêmica do enfermeiro. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 541–551, 2012.

NORA, C. R. D.; JUNGES, J. R. Política de humanização na atenção básica: revisão sistemática. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 6, p. 1186–1200, 2013.

OLIVEIRA, M. M. et al. Análise da Estrutura de uma Unidade de Saúde da Família sob a Perspectiva da Ambiência. **Revista de APS**, Juíz de Fora, v. 17, n. 4, p. 423–428, 2014.

OLIVEIRA, F. P. et al. A saúde mental no Programa Saúde da Família. **Revista de APS**, Juíz de Fora, v. 19, n. 3, p. 514, 2016.

PARANÁ, Secretaria do Estado da Saúde. **Cartilha Oficina Tutoria na APS**. Curitiba, 2015. Disponível em: <  
<http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/CartilhaTutoria2015.pdf>>. Acesso em: 20 nov 2016.

\_\_\_\_\_. Secretaria do Estado da Saúde. **Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde – APSUS**. [online] Curitiba, [201?]. Disponível em: <  
<http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=2808> >  
Acesso em: 18 nov 2016.

PARÉS, L. V.; ALSINA, A. The Transformation of Practical Teaching Focusing on Dialogic Learning. **Procedia - Social and Behavioral Sciences**, v. 141, p. 5–9, 2014.

PASCHE, D. F. Política Nacional de Humanização como aposta na produção coletiva de mudanças nos modos de gerir e cuidar. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 13, p. 701–708, 2009. Supl. 1

PASCHE, D. F.; PASSOS, E.; HENNINGTON, E. A. Cinco anos da política nacional de humanização: trajetória de uma política pública. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, p. 4541–4548, 2011.

PAULON, S. M. et al. Apoiar, intervir e agenciar: dos diferentes usos dos dispositivos da Política Nacional de Humanização na perspectiva dos apoiadores em formação. **Saúde e Transformação Social**, Florianópolis, v. 5, n. 2, p. 90–99, 2014.

PEDROSO, R. et al. O papel do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) no incentivo à educação permanente na atenção básica. **Revista Interface - Comunicação, Saúde, Educação** [online], supl. 3, 2014. Anais do 11º Congresso Internacional da Rede Unida. 11. , 2014. Fortaleza, 2014.

Disponível em:

<<http://conferencias.redeunida.org.br/ocs/index.php/redeunida/RU11/paper/view/4718>> Acesso em: 20 nov 2016.

PRODANOV, C. C.; FREITAS, E. C. **Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico**. 2. ed. Novo Hamburgo. 2013.

PUIG, P. L.; MARÍA, A.; PÉREZ, S. El desarrollo de la investigación en la atención primaria de salud Development of research in the primary health care. **Educación Médica Superior**, La Habana, v. 27, no 2, p. 259–268, 2013.

REDE UNIDA. Fundação Rede Unida. **Nossa História**. [on line]. Disponível em: <<http://www.redeunida.org.br/rede-unida/nossa-historia>>. Acesso em: 10 nov. 2016. Acesso em: 20 nov 2016.

REY-GAMERO, A.; RAMÍREZ, N. A. El enfoque de competencias para los equipos de Atención Primaria en Salud. **Revista Gerencia y Políticas de Salud**, Bogotá, v. 12, n. 25, p. 28–39, 2013.

RODRÍGUEZ-VILLAMIZAR, L. A.; RUIZ-RODRÍGUEZ, M.; ACOSTA-RAMÍREZ, N. Evaluación de un modelo de atención primaria en salud en Santander, Colombia. **Revista Facultad Nacional de Salud Pública**, Medellín, v. 34, n. 1, p. 88–95, 2015.

ROJAS, L. Educación dialógica. **UCV - Scientia**, Lima, v. 2, n. 1, p. 69–77, 2010.

SAMPAIO, J. et al. Contribuições do Pet – Saúde, Eixo Educação Permanente (EP) para os Processos de Trabalho do Centro de Atenção Integral à Saúde do Idoso em João Pessoa. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, São Caetano do Sul, v. 18, p. 69–76, 2014. Supl.1.

SANTOS, D. S.; ALMEIDA, L. M. W. S.; REIS, R. K. Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde: experiência de transformação do ensino e prática de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 47, n. 6, p.1431-6, 2013.

SANTOS-FILHO, S. B. Perspectivas da avaliação na Política Nacional de Humanização em Saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 999–1010, 2007.

SANTOS-FILHO, S. B. Pesquisa em Humanização: articulações metodológicas com o campo da Avaliação. **Saúde e Transformação Social**, Florianópolis, v. 5, n. 2, p. 1–10, 2014.

SARRETA, F. O. O trabalho em saúde: desafios da educação permanente em saúde. In: SEMINÁRIO DE SAÚDE DO TRABALHADOR, 8., 2012. Franca, 2012. p. 1–14.

SILVA, J. M. C.; ANDRADE, G. F.; TESSARI, R. Alunos em Risco: como identifica-los por meio de um ambiente virtual de aprendizagem? In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENSINO SUPERIOR À DISTÂNCIA, 11., 2014, **Anais...** Florianópolis, 2014. Disponível em: <<http://esud2014.nute.ufsc.br/anais-esud2014/files/pdf/128050.pdf>>. Acesso em: 20 nov 2016.

SILVA, J. A. M.; OGATA, M. N.; MACHADO, M. L. T. Capacitação dos trabalhadores de saúde na atenção básica: impactos e perspectivas. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 09, n. 2, p. 389 – 401, 2007.

SILVA, L. A.; CASOTTI, C. A.; CHAVES, S. C. L. A produção científica brasileira sobre a Estratégia Saúde da Família e a mudança no modelo de atenção. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 221–232, 2013.

SILVA, K. C. L.; SANTOS, E. R. R.; MENDES, M. S. O planejamento estratégico no processo de implementação da política de atenção primária em um município da região metropolitana do Recife, Pernambuco, Brasil. **Journal of Management & Primary Health Care**, Olinda, 2012, v. 3, n. 1. P. 15-25, 2012.

SILVA, M. A.; SANTOS, M. L. M.; BONILHA, L. A. S. Limites e potencialidades das rodas de conversa no cuidado em saúde: uma experiência com jovens no sertão pernambucano. **Interface: Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 18, n. 48, p. 75–86, 2014.

SILVA, P. M.; BARROS, K. P. Acolhimento com Classificação de Risco na Atenção Primária: percepção dos profissionais de enfermagem. **REME: Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 16, n. 2, p. 225–231, 2012.

SOUZA, M. G.; MANDU, E. N. T.; ELIAS, A. N. Percepções de enfermeiros sobre seu trabalho na Estratégia Saúde da Família. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, 22, n. 3, p. 772–779, 2013.

SOUZA, L. A. P.; MENDES, V. L. F. O conceito de humanização na Política Nacional de Humanização (PNH). **Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 13, n. SUPPL. 1, p. 681–688, 2009.

SOUZA SANTOS, D.; ALMEIDA, L. M. W. S.; REIS, R. K. Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde: experiência de transformação do ensino e prática de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem**, São Paulo, v. 47, n. 6, p. 1427–1432, 2013.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília, DF: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002.

VAN DONGEN, J. J. J. et al. Interprofessional collaboration regarding patients' care plans in primary care: a focus group study into influential factors. **BMC Family Practice**, v. 17, n. 1, p. 58, 2016.

VERDI, M.; FINKLER, M.; MATIAS, M. C. S. A dimensão ético-estético-política da Humanização do SUS: estudo avaliativo da formação de apoiadores de Santa Catarina (2012-2014). **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, DF, v. 24, n. 3, p. 363–372, 2015.

VIEIRA, R. Life Stories, Cultural Metissage, and Personal Identities. **SAGE Open**, Thousand Oaks, v. 4, no 1, 2014.

YAKUWA, M. S. et al. Saberes dos enfermeiros na atenção primária à saúde da criança. **Texto & Contexto-Enfermagem**, Florianópolis, v. 25, n. 4, p. 1–8, 2016.

WEYKAMP, J. M. et al. Educação Permanente em Saúde na Atenção Básica: percepção dos profissionais de enfermagem. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 6, n. 2, p. 281–289, 2016.

WHO. **Transforming and Scaling up health professionals' education and training**. World Health Organization guidelines 2013. 124 p.

ZODPEY, S.; SHARMA, A. Advancing reforms agenda for health professionals' education through transformative learning. **Indian Journal of Public Health**, Calcutta, v. 58, no 4, p. 219, 2014.

**APÊNDICES**

## APÊNDICE A

### INSTRUMENTO DE ADEQUAÇÃO DE ROTEIRO PARA GRUPO FOCAL

#### Parte 1 – Identificação

Nome do avaliador:

Formação:

Titulação: ( ) Especialização ( ) Mestrado ( ) Doutorado

Experiência com técnicas de Entrevista e/ou Grupo Focal: ( ) sim ( ) não

Conhecimento sobre Política Nacional de Humanização: ( ) sim ( ) não

Conhecimento sobre a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: ( ) sim ( ) não

Conhecimento sobre atenção básica: ( ) sim ( ) não

#### Parte 2 – Instruções

Prezado (a) Pesquisador (a),

Você foi convidado (a) a **integrar o grupo de juízes (as)** encarregados (as) de **adequar nosso roteiro de questões** que serão utilizadas pela *técnica de grupo focal* na pesquisa de mestrado intitulada "Análise da Educação Permanente em Saúde na organização da Política Nacional de Humanização na Atenção Básica", apresentada ao programa de pós-graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá.

A presente pesquisa possui como **questão de estudo**: Como se configuram as práticas educativas no processo de construção e organização da Política Nacional de Humanização na Atenção Básica? Seu **objetivo** é analisar as práticas educativas que permeiam os processos de implantação e organização da Política Nacional de Humanização (PNH) na atenção básica em saúde, no município de Maringá-PR.

Trata-se de uma **pesquisa com abordagem qualitativa, do tipo exploratória e descritiva**. Os participantes serão os trabalhadores das 33 Unidades Básicas de Saúde do município de Maringá que tenham vivências com a PNH no âmbito da unidade básica de saúde.

Para a coleta de dados será utilizada a **técnica de grupo focal**, apoiada por um **roteiro de perguntas disparadoras** embasadas nos pressupostos da Política de Educação Permanente em Saúde, o qual submetemos a vossa apreciação e adequação. Para tanto, elaboramos esse instrumento ancorado nos pressupostos de Manzini (2003)<sup>1</sup>, dividido em duas partes para sua análise: 1) análise da forma, sequência e abrangência das questões disparadoras do grupo focal; 2) Análise da ação verbal das questões disparadoras do grupo focal.

<sup>1</sup>MANZINI, E.J. Considerações sobre a elaboração de roteiros para entrevista semi-estruturada. In: MARQUEZINE, M.C.; ALMEIDA, M.A.; OMOTE, S. et al. **Colóquios sobre pesquisa em educação especial**. Londrina: Eduel, 2003, p.11-25

**Roteiro de perguntas disparadoras:**

1. De quem partiu a iniciativa de implantar os dispositivos da Política Nacional de Humanização (PNH)?
2. Esses responsáveis pela iniciativa foram influenciados por algum órgão/serviço?
3. Como ocorreu a implantação dos dispositivos da PNH na sua UBS?
4. Ocorreu interação para trocas de saberes entre os trabalhadores durante o processo de implantação dos dispositivos da PNH?
5. Os profissionais participaram de que forma na efetivação da PNH?
6. Como foi esse processo de reflexão sobre a prática?
7. O pensar e refletir a realidade foi realizado de qual forma?
8. Essa reflexão foi importante? Em que sentido?
9. O que mudou com a implantação desses dispositivos?
10. Como era o processo de trabalho da equipe antes da implantação desses dispositivos?
11. A prática serviu para construir e organizar o conhecimento?
12. O pensar e refletir a realidade foi realizado de qual forma? Foi importante para quê?

Quadro 1: Avalie a **forma**, assinalando com um 'X' a alternativa que corresponde a sua avaliação:

Quanto à <b>forma</b> , avalie:	Avaliação			
	Insatisfatório	Parcialmente satisfatório	Satisfatório	Altamente satisfatório
Se as palavras técnicas estão empregadas de forma adequada considerando os participantes do grupo focal.				
Se as perguntas são compreensíveis.				
Se as perguntas são neutras (no sentido de não manipular as respostas).				
Se as perguntas são diretas e objetivas (não permitem múltiplos entendimentos).				

Caso sua avaliação tenha apontado 'insatisfatório' ou 'Parcialmente satisfatório' para algum item, registre suas sugestões:

---



---



---



---

Quadro 2: Avalie a **sequência** assinalando com um 'X' a alternativa que corresponde a sua avaliação:

Quanto à <b>sequência</b> , avalie:	Avaliação			
	Insatisfatório	Parcialmente satisfatório	Satisfatório	Altamente satisfatório
Se a sequência das perguntas contempla os objetivos propostos.				
Se a sequência das perguntas permite aos participantes perceberem a mudança de assunto.				
Se a sequência das perguntas segue uma ordem de dificuldade, capaz de permitir aos participantes a construção de seu pensamento.				

Caso sua avaliação tenha apontado 'insatisfatório' ou 'Parcialmente satisfatório' para algum item, registre suas sugestões:

---



---



---



---

Quadro 3: Avalie a **abrangência**, assinalando com um 'X' a alternativa que corresponde a sua avaliação:

Quanto à <b>abrangência</b> , avalie:	Avaliação			
	Insatisfatório	Parcialmente satisfatório	Satisfatório	Altamente satisfatório
Se as perguntas permitem abranger a educação permanente no percurso da implantação da PNH.				
Se as perguntas são suficientes para levantar a educação permanente no percurso da implantação da PNH.				

Caso sua avaliação tenha apontado 'insatisfatório' ou 'Parcialmente satisfatório' para algum item, registre suas sugestões:

---



---

---

---

## **II) Análise da ação verbal das questões disparadoras do grupo focal**

Para proceder a essa avaliação, esclarecemos que as perguntas foram elaboradas a partir da Política Nacional de Educação Permanente. Nesse sentido, cada pergunta elaborada tem relação com um pressuposto dessa política e, nesse sentido, solicitamos sua avaliação quanto à adequação da pergunta à intenção que ela apresenta (ação verbal).

## APÊNDICE B

### TERMO DE CONSCIENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Gostaríamos de convidá-lo a participar da pesquisa intitulada A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NA ORGANIZAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA, que faz parte do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e é orientada pela prof<sup>a</sup> Vanessa Denardi Antoniassi Baldissera da Universidade Estadual de Maringá. O objetivo da pesquisa é analisar as práticas de Educação Permanente em Saúde que permearam os processos de implantação e organização da Política Nacional de Humanização na atenção básica. Para isto a sua participação é muito importante, e ela se dará através de discussões em grupos com outros profissionais da atenção básica no município de Maringá. Essas discussões serão gravadas e transcritas na íntegra, porém sem identificação dos participantes. Após a transcrição, a gravação em áudio será deletada. Informamos que poderão ocorrer desconforto mínimos durante as respostas devido a constrangimento em relação a temática, além do tempo demandando para a realização das entrevistas. Gostaríamos de esclarecer que sua participação é totalmente voluntária, podendo você: recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Informamos ainda que as informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade os dados gravados serão excluídos após a transcrição. Os benefícios esperados são analisar as práticas educativas, traçando o desenvolvimento das mesmas, de modo a auxiliar na formulação e execução das atividades de educação e saúde. Caso você tenha mais dúvidas ou necessite maiores esclarecimentos, pode nos contatar nos endereços abaixo ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da UEM, cujo endereço consta deste documento. Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas, devidamente preenchida e assinada entregue a você.

Eu, .....declaro que fui devidamente esclarecido e concordo em participar VOLUNTARIAMENTE da pesquisa coordenada pela Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Vanessa Denardi Antoniassi Baldissera.

Data: .....

\_\_\_\_\_

Assinatura ou impressão datiloscópica

Eu, Maria Tereza Soares Rezende Lopes declaro que forneci todas as informações referentes ao projeto de pesquisa supra-nominado.

Data: .....

\_\_\_\_\_

Assinatura do pesquisador

Qualquer dúvida com relação à pesquisa poderá ser esclarecida com o pesquisador, conforme o endereço abaixo:

Maria Tereza Soares Rezende Lopes

Av. Colombo, 5790. Campus Sede da UEM – Bloco 02 (PSE) da UEM.

CEP 87020-900. Maringá-Pr. Tel: (44)9112-9118–

E-mail: [mterezalopes@hotmail.com](mailto:mterezalopes@hotmail.com)

Qualquer dúvida com relação aos aspectos éticos da pesquisa poderá ser esclarecida com o Comitê Permanente de Ética em Pesquisa (COPEP) envolvendo Seres Humanos da UEM, no endereço abaixo:

COPEP/UEM

Universidade Estadual de Maringá.

Av. Colombo, 5790. Campus Sede da UEM - Bloco da Biblioteca Central (BCE) da UEM.

CEP 87020-900. Maringá-Pr. Tel: (44) 3261-4444 - E-mail: [copep@uem.br](mailto:copep@uem.br)

**ANEXOS**

## ANEXO 1



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** ANÁLISE DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NA ORGANIZAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA

**Pesquisador:** Vanessa Denardi Antoniassi Baldissera

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 51847115.3.0000.0104

**Instituição Proponente:** Universidade Estadual de Maringá

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 1.407.709

**Apresentação do Projeto:**

Trata-se de projeto de pesquisa proposto por pesquisador vinculado à Universidade Estadual de Maringá.

**Objetivo da Pesquisa:**

Analisar as práticas educativas que permeiam os processos de implantação e organização da Política Nacional de Humanização na atenção básica em saúde, em um município paranaense.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Avalia-se que os possíveis riscos a que estarão submetidos os sujeitos da pesquisa serão suportados pelos benefícios apontados.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Estudo que visa analisar as práticas educativas que permeiam os processos de implantação e organização da Política Nacional de Humanização na atenção básica em saúde. Serão entrevistados 50 profissionais da área de saúde. Participarão da seleção 6 UBSs selecionadas aleatoriamente de um total de 33. Apresenta financiamento próprio no valor de R\$ 795,00. Início das entrevistas: 01/02/2016.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Apresenta autorização da Secretaria de Saúde de Maringá. Apresenta folha de rosto devidamente

**Endereço:** Av. Colombo, 5790, UEM-PPG  
**Bairro:** Jardim Universitário **CEP:** 87.020-900  
**UF:** PR **Município:** MARINGÁ  
**Telefone:** (44)3011-4597 **Fax:** (44)3011-4444 **E-mail:** copep@uem.br

## ANEXO 2



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
CECAPS  
Assessoria de Formação e Capacitação dos  
Trabalhadores da Saúde

OFICIO Nº 2560/2015/SAÚDE

Maringá, 10 de dezembro de 2015.

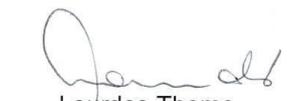
Prezado Senhor

Informamos que foi **autorizada**; pela Comissão Permanente de Avaliação de Projetos – Portaria nº 004/2013 desta Secretaria Municipal de Saúde; a pesquisa “ **ANÁLISE DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NA ORGANIZAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA**” a ser realizada nas UBS, desta Secretaria Municipal de Saúde.

Orientamos ainda que, após parecer do Comitê de Ética em Pesquisa - COPEP, o pesquisador deverá retornar ao CECAPS para obter a autorização para sua entrada no setor solicitado.

Sem mais para o momento, subscrevemo-nos,

Atenciosamente



Lourdes Thome  
Coordenadora CECAPS

Ilm. Sr.  
Prof. Ms Ricardo Cesar Gardiolo  
DD. Presidente do COPEP  
Universidade Estadual de Maringá  
Maringá – Pr.