

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

**EDUCAÇÃO PERMANENTE: UMA REFLEXÃO SOBRE TEORIA X PRÁTICA NO CONTEXTO
DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

ROBERTA DE SOUSA

GOVERNADOR VALADARES - MINAS GERAIS

2012

ROBERTA DE SOUSA

**EDUCAÇÃO PERMANENTE: UMA REFLEXÃO SOBRE TEORIA X PRÁTICA NO CONTEXTO
DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Maria da Conceição Juste Werneck Côrtes

ROBERTA DE SOUSA

**EDUCAÇÃO PERMANENTE: UMA REFLEXÃO SOBRE TEORIA X PRÁTICA NO CONTEXTO
DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Banca Examinadora

Maria da Conceição Juste Werneck Côrtes (orientadora) _____

Fernanda Magalhães Duarte Rocha _____

Aprovado em Belo Horizonte em ____/____/2012.

Dedico esse trabalho a minha mãe por estar sempre me ajudando no meu dia-a-dia e me levantando sempre, pelo seu amor , presença e dedicação.

Aos meus irmãos, por estarem presentes nesta caminhada.

Ao meu filho – João Pedro pela paciência e tolerância.

Ao meu pai que não esta presente mais em nossa vida.

Mas sei que esta lá em cima olhando por mim e por nossa família.

Agradeço primeiramente, a Deus por estar sempre presente em minha vida.

A minha família, meus avós, tios, em especial a minha mãe, irmãos e meu filho – João Pedro pelo apoio, incentivo, compreensão, amor, dedicação e paciência. A minha amiga Daniela e Aline pela colaboração neste projeto.

Aos mestres que souberam transmitir tanto conhecimento acumulado de uma forma simples, mas com muita riqueza e sabedoria. E a todos que contribuíram para que este curso fosse concluído.

O meu muito obrigada!

Você merece ser feliz

Tenha atitudes positivas: à noite você sonha, durante o dia realiza.

Eleve seu pensamento a Deus diariamente e agradeça tudo que conquistar.

Por favor, não se compare com ninguém.

Entenda de uma vez por todas que você é único.

Lance seu desafio ao Universo e diga:

Agora é a minha vez!

Sua determinação é do tamanho de sua necessidade.

Uma estrada só se vence quando se dá o 1º passo e sem olhar para a distância.

As boas novas se conquistam com pequenos gestos.

Faça de cada dia, um novo dia de vitória.

Esqueça o passado, perdoe!

Liberte-se de qualquer amarra que possa te segurar no cais da tristeza.

Insista mais um pouco, dê mais um passo.

Cuide de seus pensamentos e de suas palavras.

Use tudo com bom senso.

Invista na sua paz, diga não quando precisar.

Dedique alguns minutos para cuidar de você diariamente.

Apaixone-se por tudo o que for fazer.

Compre a idéia! Vista a camisa!

Seja Feliz!

(Adriano de Oliveira)

Resumo

A Estratégia Saúde da Família, implantada pelo governo desde 1994, trouxe uma proposta de reorientação do modelo assistencial, baseado num contexto de promoção, prevenção e reabilitação, firmando a saúde como direito do cidadão e dever do Estado. Após 17 anos de sua implantação e de grandes conquistas, esta estratégia vê como novo desafio a educação permanente. Este trabalho visou buscar evidências científicas na literatura sobre educação permanente como método de mudança no cotidiano do processo de trabalho e sua correlação na prática, vivenciada pela Estratégia Saúde da Família. A metodologia utilizada foi revisão bibliográfica narrativa, através de busca científica que relacionou a teoria e a prática de educação permanente no cotidiano da Estratégia Saúde da Família. De acordo com os resultados encontrados, o Sistema Único de Saúde continua sendo um modelo fragmentado, frágil e em plena construção. A Estratégia Saúde da Família é seu principal enfoque, vista como principal porta de entrada à atenção à saúde. Perante os desafios encontrados ao longo da jornada desta estratégia, a educação permanente é atribuída pelo governo como meio de transformação no processo de trabalho da equipe, proporcionando a integração da equipe, comunicação e resolutividade de acordo com a problematização no contexto da Saúde da Família, mas ainda é comumente confundida na prática com a educação continuada pelos trabalhadores de saúde. Também evidenciou que a educação permanente é um avanço a ser conquistado de forma necessária e ambiciosa para mudança do processo de trabalho, minimizando os problemas a serem enfrentados pelas equipes em seu território de abrangência, que deve ser exercida pelos quadriláteros da formação.

Palavras-chaves: Educação permanente em saúde, educação em saúde, Programa de Saúde da Família, Sistema Único de Saúde, trabalho em equipe.

Abstract

The Family Health Strategy implemented by the Brazilian government since 1994 has brought a proposal for reorienting the care model, based on a context of promotion, prevention and rehabilitation, establishing health as a citizen's right and duty of the State. After 17 years of its establishment and great achievements, this strategy faces as a new challenge to continuing education. This study aimed to find evidence in the scientific literature on lifelong learning as a method of change in the daily work process and its correlation in practice experienced by the Family Health Strategy. The methodology used was literature review narrative through search related scientific theory and practice of lifelong learning in the daily life of the Family Health Strategy According to the results, the Unified Health System continues to be a fragmented, fragile and under construction. The Family Health Strategy is the main focus, seen as a major gateway to health care. The challenges encountered along the journey of this strategy, continuing education is given by the government as a means of transformation in the process of team work, providing team integration, communication and problem solving according to the context of questioning the Family Health but it is often confused in practice with continuing education for health workers. Also showed that continuing education is a breakthrough to be achieved so necessary and ambitious to change the work process, minimizing the problems to be faced by teams in their coverage area, which must be performed by training Quads.

Keywords: Continuing education in health, health education, the Family Health Program, Health System, teamwork.

SUMÁRIO

1 - INTRODUÇÃO	10
2 - OBJETIVOS	12
2.1 - Objetivo geral.....	12
2.2 - Objetivo específico.....	12
3 - METODOLOGIA.....	13
4 - REVISÃO DE LITERATURA.....	14
5 - DISCUSSÃO	20
5.1 - Qual a correlação entre educação permanente, processo de trabalho e trabalho em equipe?	20
5.2 A educação permanente em saúde é meio de mudança no processo de trabalho da Equipe de Saúde da Família?	23
5.3 Será que os profissionais na ponta entendem a idéia central de educação em saúde?	25
5.4 Quais os fatores que podem comprometer o trabalho da equipe de forma interdisciplinar?.....	26
6 - CONCLUSÃO	32
REFERÊNCIAS	34

1 - INTRODUÇÃO

A mudança de modelo biomédico foi marcada pela VIII Conferência de Saúde com a participação popular e a discussão sobre Saúde no Brasil, promovendo uma reforma sanitária que construiu princípios e diretrizes legalmente estabelecidas, que entraram em vigor na Constituição de 1988 (BRAVO, sem data de publicação). Todos os cidadãos passaram a ter direito à saúde, acesso universal, equânime e integral aos serviços prestados como relatado no 2º (segundo) capítulo, seção II, artigo 196 desta constituição (BRASIL, 1988).

O Programa de Saúde da Família (PSF) veio modificar a assistência prestada à população em 1994, ano de sua implantação. A partir de 1998, viu-se que o termo utilizado “programa” não correspondia à idealizada proposta do governo, sendo modificado para Estratégia Saúde da Família, por ser uma proposta capaz de modificar a assistência à saúde existente anteriormente (FARIA *et. al.*, 2010; SOUSA e CARVALHO, 2003; RIBEIRO, 2004).

Após 17 anos de implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF), a educação em saúde é um tema que está em destaque nesta proposta de mudança de modelo. Pois a Educação permanente, ponto chave desta pesquisa, proporciona mudança no processo de trabalho da equipe, melhorando a qualidade da assistência prestada à população (VASCONCELOS, 2004).

Portanto, com a orientação de tutores a educação permanente poderia ser um meio de solucionar grande parte dos problemas vivenciados pela equipe de saúde da área de abrangência. Assim, é de grande importância, correlacionar educação em saúde ao Programa de Saúde da Família, principal estratégia atualmente do Sistema de Único de Saúde com ação focal na promoção e prevenção em saúde, como meio de mudança na qualidade de vida da população assistida. Sendo os profissionais de saúde atores ativos neste processo, ao modificar seus conceitos sobre educação, melhoraram a qualidade do atendimento prestado pela Equipe de Saúde da Família, através da reflexão sobre o processo de trabalho na atual gestão da equipe.

Em 2008, no primeiro semestre, sabendo do Curso de Especialização em Atenção Básica com ênfase na Saúde da Família, oferecido pela Universidade Federal de Minas Gerais, a autora habitou-se e foi aprovada no Pólo de Teófilo Otoni onde iniciou a especialização. Como a distância era muito grande, solicitou mudança de Pólo, para o de Governador Valadares no qual se espera a finalização desta.

Durante este curso, alguns módulos como o de Modelo Assistencial e Atenção Básica, Processo de Trabalho e o de Práticas Pedagógicas em Atenção Básica à Saúde, proporcionaram reflexão sobre o processo de trabalho no contexto da educação em saúde vivenciado pela equipe. Surgiram então os seguintes questionamentos: A educação permanente é ponto de mudança no processo de trabalho da equipe saúde da família? Será que os profissionais na ponta entendem a idéia central de educação permanente? Qual a correlação entre educação permanente, processo de trabalho e o trabalho da equipe?

Este trabalho visa buscar evidências científicas na literatura sobre educação permanente como método de mudança no cotidiano do processo de trabalho e sua correlação na prática, vivenciada pela Estratégia Saúde da Família.

2 - OBJETIVOS

2.1 - Objetivo geral:

- Analisar o papel da educação permanente na mudança do processo de trabalho da Estratégia de Saúde da Família na literatura publicada.

2.2 - Objetivos específicos:

- Analisar se a educação permanente é meio de mudança no processo de trabalho da equipe e na qualidade da assistência prestada;
- Identificar fatores que podem comprometer o trabalho da equipe de forma interdisciplinar.

3 - METODOLOGIA

O trabalho desenvolveu-se utilizando metodologia narrativa, através de uma pesquisa bibliográfica e análise de evidências científicas em artigos e textos encontrados nos módulos do Curso de Especialização da Atenção Básica com ênfase na Saúde da Família. Além de pesquisa realizada na Biblioteca Virtual de Saúde, utilizando descritores de ciências da saúde (Decs), nas bases Lilacs, SCIELO e Bireme. A pesquisa bibliográfica foi feita no período de outubro de 2011 a junho de 2012. Baseou-se em experiências publicadas sobre educação permanente na teoria e na prática no contexto da equipe de Saúde da Família. Foram utilizadas as seguintes palavras-chave para a pesquisa: Sistema Único de Saúde, trabalho em equipe, educação permanente, educação em saúde, Programa Saúde da Família, em busca independente ou correlacionada entre si.

4 – REVISÃO DA LITERATURA

Historicamente, a atenção básica vivida pelo Brasil foi marcada por várias mudanças. Inicialmente o modelo assistencial era hospitalocêntrico/flexneriano/biométrico, onde existia o atendimento individualizado baseado na clínica, em que a cura era vista como principal foco. Isso pode ser comprovado por Scherer, Marino e Ramos (2005) que relatam que o modelo flexneriano “[...] gerou entre outras coisas, o culto à doença e não à saúde, e a devoção à tecnologia [...]” (p. 57). Assim, os tratamentos existentes na época eram pagos, porém existia uma clientela que era excluída, por não conseguir pagá-los. Estes eram cuidados pelo Estado quando significavam ameaça para a saúde pública e pelo “[...] setor caritativo, por meio das Misericórdias [...]” (GERSCHMAN E SANTOS, 2006, p. 180). E o que se mantinha como auge do cuidado individual, era o setor privado (GERSCHMAN E SANTOS, 2006), “[...] restritas aos contribuintes previdenciários.” (SCHERER, MARINO e RAMOS, 2005, p. 54).

Mais recentemente reafirma-se esta questão:

No setor saúde, o modelo de organização do sistema, na lógica flexneriana com priorização da medicina curativa centrada no hospital e na compra de serviços ao setor privado por parte do setor público, longe de atender as necessidades da população brasileira, destacava o caráter excludente de nossa cidadania, apartando do acesso aos recursos e aos serviços de saúde a maioria da população, principalmente aqueles estratos de mais baixa renda e de regiões de difícil acesso (BRASIL, 2011, p. 20-21).

Concomitantemente, surgiu o modelo campanhista sanitaria, muito conhecido pela participação de Oswaldo Cruz, que trouxe ações de prevenção de doenças, porém de forma obrigatória, gerando na época, a chamada Revolta da Vacina (FEUERWERKER, 2005; FARIA *et. al.*, 2010).

Em 1986 foi realizada a VIII Conferência de Saúde, marcada pela participação popular e a construção de um Sistema Único de Saúde legalmente estabelecido a partir da Constituição de 1988, marco de um novo modelo assistencial brasileiro (SCHERER, MARINO e RAMOS, 2005).

De acordo com Paim (1999) *apud* Scherer, Marino e Ramos (2005), o modelo de atenção à saúde deve ser entendido como:

[...] forma de organização das relações entre sujeitos (profissionais de saúde e usuários) mediados por tecnologia (materiais e não materiais) utilizada no processo de trabalho em saúde, cujo propósito é intervir sobre problemas (danos e riscos) e necessidades sociais de saúde historicamente definidas. (p. 54)

O SUS, com sua criação originou um confronto entre a prática clínica/individual e uma assistência voltada para o direito de todo cidadão “à saúde”, fato que não acontecia anteriormente (GERSCHMAN E SANTOS, 2006). Um novo paradigma da atenção à saúde, tanto de conceito quanto na sua execução. Conforme relatam Scherer, Marino e Ramos (2005):

O SUS, fruto de um processo de longo debate e de lutas por melhores condições de saúde, surge como novo paradigma da atenção à saúde, cujos princípios e diretrizes rompem com o paradigma clínico flexneriano, porém cria a necessidade de imprimir uma nova forma de produzir e distribuir ações e serviços de saúde, ou seja, de configurar e definir este novo modelo de atenção em saúde.(p. 55)

O Ministério da Saúde vendo esta necessidade adotou uma nova proposta, onde a atenção básica é vista como a porta de entrada para os outros níveis de atenção (CAMPOS e BELISÁRIO, 2001) e onde a maioria dos problemas de saúde tivesse a resolutividade “[...] (cerca de 85%) [...]”, (RONCOLLETA, 2003 e DA ROS, 2006 *apud* BESEN et al., 2007, p. 58) diminuindo o alto custo de saúde na época (COSTA *et. al.*, 2010).

A Estratégia Saúde da Família (ESF), cujo foco é a atenção primária, teve seu início a partir do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em locais carentes no Ceará. Este movimento permitiu a descentralização, a regionalização dos serviços e das informações, gerando importantes ações em vigilância em saúde, possibilitando planejar ações conforme a realidade da área de atuação dos mesmos. Baseado na assistência prestada em alguns países como Canadá, Cuba e Inglaterra e com os resultados positivos obtidos pelo PACS foi implantado em 1994 o Programa Saúde da Família em todo o país (FARIA *et. al.*, 2010).

De acordo com Sousa e Hamann (2009, p. 1327), o caráter de substituição entre a assistência tradicional e o Programa Saúde da Família baseou-se em: “[...] 1) adscrição da clientela; 2) territorialização; 3) diagnóstico da situação de saúde da população e 4) planejamento baseado na realidade local.”

O governo federal trouxe com este programa, uma proposta de substituição do modelo existente, promovendo reorganização da atenção básica, através de políticas de promoção à saúde, prevenção de doenças e seus agravos, manutenção da saúde, tratamento e reabilitação. Garantindo assim, a saúde como direito do cidadão, de acordo com as diretrizes e princípios do Sistema Único de Saúde, acesso universal ao serviço de saúde, equidade e integralidade, conforme a Constituição de 1988 (COSTA *et. al.*, 2010). O Ministério da Saúde complementa que este modelo assistencial à saúde é mais “[...] justo, equânime, democrático, participativo e solidário.” (BRASIL 2000, p. 9).

A nova proposta inclui vários aspectos de outros modelos, como o atendimento individualizado, a prevenção de doenças, a vigilância em saúde e a promoção da saúde coletiva e comunitária, com o intuito de incutir hábitos de vidas saudáveis à população, proporcionando melhor qualidade de vida. Como comprovado quando Scherer, Marino e Ramos (2005) ao relatar que:

[...] dentre os quais são identificados, por exemplo, os modelos flexneriano, da medicina preventiva, da saúde comunitária, da saúde coletiva e da promoção da saúde, sendo que os quatro últimos opõem-se em seus princípios ao primeiro, e que em certa medida, estão incluídos no Sistema Único de Saúde – SUS, compreendendo como atual modelo de atenção à saúde legalmente instituída no país. (p. 55)

Portanto, a nova proposta vê o indivíduo como um todo, sendo este parte de uma sociedade, comunidade, família que possuem influência no indivíduo, tanto para a ocorrência de doença quanto para o auxílio no tratamento. (GERSCHMAN e SANTOS, 2006). Como relata Brasil (2000) *apud* Scherer, Marino e Ramos (2005) ao dizer que: “O indivíduo deixaria de ser visto de forma fragmentada, isolado do seu contexto familiar, social e de seus valores e seria possível o desenvolvimento de novas “ações humanizadas tecnicamente competentes, intersetorialmente articuladas e socialmente apropriadas”” (grifos do autor, p. 58). Assim o Programa de Saúde da Família tornou-se a atual estratégia de atenção básica do Ministério da Saúde no Brasil desde sua implantação.

A atenção básica foi se fortalecendo com o passar dos anos, através da legislação e da Política Nacional de Atenção Básica que teve como principal ação restabelecer os princípios gerais como “[...] responsabilidades de cada esfera de governo, infra-estrutura e recursos necessários, características do processo de trabalho, atribuições dos profissionais, e as regras de financiamento, incluindo as especificidades da estratégia Saúde da Família.” (BRASIL, 2007, p.7). Assim, o pacto pela vida em 2006 determinou “como prioridade: “[...] consolidar e qualificar a estratégia Saúde da Família como modelo de Atenção Básica e centro ordenador das redes de atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS).” (IBID, p.7).

Considerando o novo modelo de atenção básica, a expansão do Programa Saúde da Família como estratégia de mudança nacional e com necessidade de adequação, o Governo baixa a Portaria nº 648/GM de março de 2006, dentro da Política Nacional de Saúde (que estabelece como parte das responsabilidades de cada esfera do governo, federal, estadual e municipal, “[...] estimular e viabilizar a capacitação e a educação permanente dos profissionais das equipes” (BRASIL, 2007, p. 15). E, ainda, que são pertinentes a todos os profissionais da equipe “[...] participar das atividades de educação permanente [...] (BRASIL, 2007, p. 45).

A educação segundo Ferreira (2000), conceitua-se como “[...] Ato ou efeito de educar (-se). Processo de desenvolvimento da capacidade física, intelectual e moral do ser humano de ensino” (p. 251). Educar é o ato de instruir, de ensino. Estes, por conseguinte, segundo o mesmo autor “[...] é o ato de aprender” (p. 393) e “[...] de transmissão de conhecimento” (p. 270), respectivamente. Portanto, a educação é a capacidade de ensinar e aprender, é um ato complexo onde todos são professores, mas também alunos.

De acordo com a Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que regulamenta as diretrizes e bases da educação, o 1º artigo estabelece: “A educação abrange processos formativos que se desenvolve na vida familiar, na convivência humana, no trabalho, nas instituições de ensino e pesquisa, nos movimentos sociais e organizações da sociedade civil e nas manifestações culturais.” (BRASIL, 1996, p.1)

Portanto, podemos constatar que a educação está presente na vida cotidiana de todo o cidadão, e que todos possuem um conhecimento seja este adquirido por pesquisa, ensino superior ou experiências vividas. Ao se praticar educação é necessário entender que todo indivíduo possui algum tipo de conhecimento, que educar não é só o ato de passar a informação para outrem, mas é processo complexo onde o ouvinte tem o conhecimento necessário para identificar e discernir o melhor para sua vida/trabalho e que estes devem ser respeitados pelo educador.

Freire (1997) *apud* Besen *et. al.* (2007) deixa bem claro que:

Ensinar é algo profundo e dinâmico, [...] para evitar um ensino elitista e autoritário, como quem tem o domínio exclusivo do “saber articulado”. [...] educar não é mera transferência de conhecimento, mas sim a conscientização e o testemunho de vida, do contrário não terá eficácia. (p.61)

A saúde de acordo com Ferreira (2000, p. 625) é “[...] Estado daquele cujas funções orgânicas, físicas e mentais se acham em situação normal [...]”, portanto não é somente a ausência de doença, mas o bem estar físico e psicossocial, como relatado na Declaração de Alma-Ata, realizada em 1978, na cidade Alma-Ata, no Cazaquistão (SOUSA e HAMANN, 2009) e reforçada em sua importância, como marco de mudança do conceito saúde-doença, pela Carta de Fortaleza, que reuniu os Secretários Municipais de Saúde no Ceará, em 1995 (TEIXEIRA, PAIM e VILASBÔAS, 1998).

Ao se pensar em educação e saúde, correlacionadas entre si, pode-se dizer que é um processo complexo. L’Abbate (1994, p. 482) define Educação em Saúde “como um campo de práticas que se dão no nível das relações sociais normalmente estabelecidas pelos profissionais de saúde entre si, com a instituição e, sobretudo com o usuário, no desenvolvimento cotidiano de suas atividades”. Pois ao mencionar as relações entre as

pessoas/instituição devemos levar em consideração seus conflitos e sua heterogeneidade perante a este desafio.

Portanto, entre as linhas pedagógicas que podem ser usadas em educação em saúde temos: a chamada “Pedagogia de Transmissão” e a “Pedagogia Problematizadora”. A primeira também conhecida como Educação Continuada, muito utilizada pela Estratégia de Saúde da Família, parte do princípio de que o educando não possui conhecimento algum sobre o tema, e que existe uma memorização constante sobre o assunto. (BRASIL, 2000).

Brasil (2003) *apud* Besen *et. al.* (2007) afirma sobre esta pedagogia: “Não há espaço para a integralidade da atenção, com a incorporação das ações de Promoção da Saúde, entendidas como processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo sua participação no controle desse processo.” (p.59).

Deste modo, a primeira confronta o conhecimento da comunidade, família e indivíduo é caracterizada pelo autoritarismo do saber do educador (FREIRE (1997) *apud* Besen *et. al.* (2007), pela atribuição de culpabilidade do usuário pelo problema adquirido (VASCONCELLOS (2000) *apud* VALLA (2000) e BRICEÑO LEÓN, 1996 *apud* BESEN *et. al.*, 2007) e valoriza a prevalência de atividades curativas e reabilitadoras, antigo modelo flexneriano (BRASIL, 2003).

A segunda pedagogia, ao contrário da primeira, é a base da educação permanente, pois sua idéia está centrada nos problemas do trabalho, onde a solução é buscada da melhor forma possível de acordo com a realidade vivenciada pela equipe, é, portanto “[...] repensar a própria prática.(p. 15)” (BRASIL, 2000). Reafirmado também por Ricaldoni e Sena (2006, p. 6) ao relatar que: “A pedagogia problematizadora no processo de capacitação foi destacada como instrumento que permite aprendizado contínuo e respaldado na prática.”.

Segundo o Ministério da Saúde o objetivo da educação permanente é fazer a “reflexão crítica” do problema vivenciado pelos profissionais da equipe e modificar o processo de trabalho da Estratégia de Saúde da Família, com o intuito de melhorar a qualidade da assistência a ser prestada e/ou dos serviços oferecidos pela equipe à comunidade, obtendo maior resolutividade, fortalecendo o processo de trabalho e o compromisso da equipe frente à saúde da população (Brasil, 2000).

Ceccim (2005) afirma que a definição para Educação Permanente de Saúde é:

[...] processo educativo que coloca o cotidiano do trabalho – ou da formação em saúde - em análise, que se permeabiliza pelas relações concretas que operam realidades e que possibilita construir espaços coletivos para a reflexão e avaliação de sentido dos atos produzidos no cotidiano. (p. 161).

Os atores participantes da Educação Permanente necessitam ser pró-ativos na discussão do tema a ser abordado, usando criatividade para ajudar a solucionar os problemas enfrentados no cotidiano pela equipe. Não sendo subordinados na roda da discussão, ao contrário, todos possuem certo conhecimento do assunto, baseado em suas próprias experiências e pesquisas científicas, trazendo como produto final, um consenso do conhecimento coletivo, construído por vários olhares de profissionais da saúde e/ou comunidade (BRASIL, 2000).

5 – DISCUSSÃO

Para iniciarmos uma discussão sobre a Educação Permanente em Saúde: uma reflexão da prática e da teoria no contexto da Estratégia de Saúde da Família é necessário fazer as seguintes reflexões: Qual a correlação entre educação permanente, processo de trabalho e trabalho em equipe? A educação permanente é ponto (meio) de mudança no processo de trabalho da equipe de Saúde da Família? Será que os profissionais na ponta entendem a idéia central de educação permanente? Quais os fatores que podem comprometer o trabalho da equipe de forma interdisciplinar?

5.1 Qual a correlação entre educação permanente, processo de trabalho e trabalho em equipe?

A ESF desde sua implantação teve como proposta atenção primária executada por uma equipe mínima, composta inicialmente por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde (BRASIL, 2006 *apud* FARIA *et. al.*, 2010) e posteriormente pelo profissional dentista e auxiliar de consultório dentário de acordo com as Portarias nº 1.444/GM/2000 e 267GM/2001. Cada classe profissional possui habilidades/competências e funções diferentes na equipe (FARIA *et. al.*, 2010), além de como pessoas possuírem “diferentes histórias de vida e perfis culturais, profissionais, ideológicos ou políticos” (OLIVEIRA, 2000, p. 71). É importante perceber que compor um grupo não quer dizer necessariamente trabalhar em equipe e isso interfere no processo de trabalho. (FARIA *et. al.*, 2009). A questão do trabalho multiprofissional exigido pelo ESF vai muito além de se trabalhar em um grupo. Remete-se ao trabalho em equipe de forma interdisciplinar. Este entendido por Leite e Veloso (2008, p. 379) como “[...] um trabalho integrado e compartilhado com as diversas áreas do saber [...]”.

De acordo com Piancastelli, Faria e Silveira (2000) o trabalho em equipe pode ser entendido de várias formas, porem a definição mais completa e que melhor define este conceito é entendida por estes autores como: um grupo/conjunto com objetivos comum e que almejam alcançá-lo de forma conjunta/compartilhada e que cada membro da equipe possui conhecimentos e habilidades que complementam o trabalho do grupo, e o projeto proposto tem “[...] um plano de trabalho bem definido [...]” (IDEM, p. 46). Esta definição é compatível com o trabalho em equipe de forma interdisciplinar relatada acima.

Como pode ser percebido o trabalho em equipe é na verdade “uma estratégia concebida pelo homem, para melhorar a efetividade do trabalho e elevar o grau de satisfação do trabalhador” (IDEM, p. 45).

Processo de trabalho em saúde trata-se “necessariamente, dos objetivos do trabalho, dos sujeitos que atuam, do objeto da ação e dos meios disponíveis e utilizados na execução da ação.”(FARIA *et. al.*, 2009, p.62). É importante frisar que os objetivos são as finalidades a serem alcançados, que devem ser analisados e avaliados para que estes objetivos sejam de fato atingidos. E para que esta avaliação ocorra é importante que as ESF reflitam sobre o seu processo de trabalho, como foram planejadas e executadas as ações. Etapas estas, importantes para que o processo de trabalho seja eficaz e eficiente. (FARIA *et. al.*, 2009).

Pois segundo o autor op.cit. (2009, p. 63): “Pensar em nosso processo de trabalho implica necessariamente uma reflexão sobre os nossos limites e as nossas possibilidades, mas sobretudo, sobre as nossas responsabilidades.”

O processo de trabalho, portanto implica em um processo a ser desenvolvido individualmente ou em equipe. Isso pode ser comprovado através da fala de Piancanstelli, Faria e Silveira (2000) quando relatam que para o grupo desenvolver um trabalho em equipe é necessário alguns elementos:

- conseguir vislumbrar vantagens do trabalho em equipe – complementaridade, interdependência e sinergismo das ações – em relação ao trabalho isolado, individual;
- disposição de compartilhar objetivos, decisões, responsabilidades e também resultados;
- necessidade de definir com clareza os objetivos e resultados – individuais e do grupo – a serem alcançados;
- importância de construir em conjunto, um plano de trabalho e definir a responsabilização de cada membro do grupo, para alcançar os objetivos;
- necessidade da avaliação constante dos processos e resultados;
- percepção de que o fracasso de um pode significar o fracasso de todos e que o sucesso de um é fundamental para o sucesso da equipe;
- importância de se garantir a educação permanente de todos os membros da equipe;
- necessidade de aprimorar as relações interpessoais e de valorizar a comunicação entre os membros da equipe;
- disposição das pessoas em ouvir e considerar as experiências e saberes de cada membro do grupo. O trabalho em equipe não implica em eliminar as diferenças existentes entre seus membros (sociais, culturais, etc.) e sim trabalhar essas diferenças – os conflitos; e,
- finalmente, é fundamental que os objetivos e resultados definidos se constituam em desafios constantes para o grupo, algo que instigue cada integrante. (p. 48-49)

Como foi visto anteriormente, os autores supra-citados valorizam a comunicação entre os membros da equipe e consideram este, o meio primordial para que o trabalho em

equipe ocorra. É importante, levar em consideração o processo de comunicação e informatização ao se correlacionar o trabalho em equipe, o processo de trabalho e a educação permanente. Pois a comunicação e a informação são meios importantes para o desenvolvimento de todos estes princípios. Segundo Oliveira (2000), a comunicação e informatização são processos complexos. A informação é a mensagem a ser transmitido, porem pode ser propagada de forma diferente de acordo com o processo comunicacional.

Segundo Ferreira (2000, p. 170) a comunicação é definida como: “1. Ato ou efeito de comunicar (-se). 2. Processo de emissão, transmissão e recepção de mensagens por meio de métodos e/ou sistemas convencionados. 3. A mensagem recebida por esses meios. 4. A capacidade de trocar ou discutir idéias, de dialogar, com vista ao bom entendimento entre pessoas.”

Portanto, a definição op. cit., quanto por Oliveira (2000), a comunicação é entendida em um contexto de dois entendimentos, um de forma vertical, onde predomina a hierarquia, baseado no ato de comunicar algo e em que quase não há participação dos ouvintes durante o processo de transmissão da mensagem, isto é, a participação dos receptores é passiva. A informação neste processo de comunicação, não leva em consideração o conhecimento já adquirido pelos receptores. Resume-se bem no ditado popular “[...] manda quem pode, obedece quem tem juízo [...]” (p.67). Segundo Paulo Freire *apud* Oliveira (2000, p. 66): “esta modalidade comunicacional e educacional pode ser de invasão cultural, cujo resultado é de promover a domesticação e não a educação das pessoas”. O outro entendimento é aquele de forma horizontal, cujo diálogo é sua essência. É importante frisar que é um processo mais complexo que o anterior. O receptor tem inteira participação de falar, ouvir e intervir para que ocorra o processo comunicacional. O conhecimento já adquirido por cada membro do grupo em questão é levado em consideração, pois estes possuem uma bagagem de conhecimento diferente de vida e de experiência. Assim a informação para alguns receptores pode ser repetida ou trazer “[...] uma novidade e uma nova possibilidade de interpretação do mundo e do próprio trabalho em questão [...]” (OLIVEIRA, 2000, p. 71) e não há necessariamente anulação de todas as hierarquias.

Como pode ser percebida, a forma de se comunicar e de transmitir uma informação interfere diretamente no processo de trabalho da equipe. O ato de comunicar uma informação é um processo de aprendizagem da educação. Assim, numa relação de trabalho executado em educação em saúde, como afirmado por Merhy (2005, p. 172) “[...] é impossível haver separação de termos. Um produz o outro”.

5.2 A educação permanente em saúde é meio de mudança no processo de trabalho da Equipe de na Saúde da Família?

A Organização Pan-Americana da Saúde lança, na década de 80, a Educação Permanente em Saúde para “[...] reconceituar e reorientar [...]” a educação em saúde entre os profissionais desta área. (HADDAD, ROSCHKE, DAVINI (1994) *apud* PEDUZZI *et. al.*, (2009, p. 123)). Esta prática de educação em saúde foi baseada na concepção pedagógica de Paulo Freire e reafirmada por outros autores, onde a educação permanente é vista como prática transformadora de reflexão, diálogo, negociação entre os trabalhadores de saúde sobre a problematização do cotidiano do trabalho, visando um ensino aprendizagem a integralidade da saúde (CECCIM e FEUERWERKER, 2004; VASCONCELOS, 2004; CECCIM, 2005; SAUPE, BUDÓ, 2006; VASCONCELOS, GRILLO e SOARES, 2009; FARIA, 2008 e CECCIM, 2005 *apud* PEDUZZI *et. al.*, 2009; RODRIGUES, VIEIRA, TORRES, 2010).

A política de educação permanente foi estruturada em 2003, implantada como Política Nacional de Educação Permanente em Saúde – EPS (RODRIGUES, VIEIRA, TORRES, 2010), pela Portaria GM/MS 198, de 13 de fevereiro de 2004, como estratégia do SUS para a formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde. Teve sua atualização em 2007 com a Portaria GM/MS 1996 de 20 de agosto deste ano, contendo as novas diretrizes da EPS, de acordo com o Pacto pela Saúde de 2006 (MINAS GERAIS, 2011).

O ensino-aprendizagem da educação permanente na Estratégia de Saúde da Família é baseado no conhecimento dos profissionais da equipe frente ao levantamento dos problemas de sua área de abrangência e consenso de todos para a realização de possível solução, fundamentada na interdisciplinaridade da equipe e de uma comunicação horizontal. (SAUPE, BUDÓ, 2006; SAUPE *et. al.*, 2005).

A educação em saúde como já mencionada, define-se bem entre os processos comunicacionais relatados anteriormente. A educação continuada transmite informação de forma hierarquizada, caracterizada por somente compartilhar a informação. Brasil (2009, p. 22) afirma na definição desta educação: “Processo de aquisição seqüencial e acumulativa de informações técnico-científicas pelo trabalhador, por meio de escolarização formal, de vivências, de experiências laborais e de participação no âmbito institucional ou fora dele.”.

Já a educação permanente trabalha com a reflexão da equipe sobre o processo de trabalho, através do diálogo. Ceccim *apud* Merhy (2005, p. 172) reconhece que nesta educação “torna-se crucial o desenvolvimento de recursos tecnológicos da operação do trabalho perfilados pela noção de aprender a aprender, de trabalhar em equipe, de construir cotidianos eles mesmos como objeto de aprendizagem individual, coletiva e institucional.”.

Segundo Merhy (2005) os dois processos são importantes para o desenvolvimento das atividades da equipe, desde que estes avaliem a necessidade de cada processo comunicacional de acordo com sua realidade. Isso implica em avaliar a necessidade de treinamento, mas também de não colocar a prática de educação continuada como forma rotineira de se resolver os problemas a serem enfrentados e sem avaliação da necessidade desta. Quando colocamos que a equipe deve avaliar a questão já estamos realizando uma educação permanente em saúde, pois estamos refletindo sobre a necessidade de mudança no processo de trabalho como a aquisição de novos conhecimentos/técnicas à equipe.

Como pode ser comprovado, ao refletir sobre determinado atos ou sobre os processos de trabalho, a equipe está na verdade realizando educação permanente, que para Ceccim (2005, p. 976) “[...] constitui estratégia fundamental às transformações do trabalho no setor para que venha a ser lugar de atuação crítica reflexiva, propositiva, compromissada e tecnicamente potente” e ainda complementa que estes devem necessariamente ser descentralizado para todos os profissionais, trabalhadores, gestores, formadores de profissionais e de controle social. Educação esta, com grandes desafios para setor da saúde, pois mesmo com a nova reorientação de modelo assistencial, ainda hoje trabalhamos as políticas de forma fragmentada (CECCIM, 2005). E a educação permanente visa modificar os sujeitos da ação como pró-ativos para construir um futuro de mudança na formação e no trabalho a ser executado pelas equipes de Saúde da Família, de analisar sobre o seu próprio trabalho, isto é, mudança que implica no quadrilátero da formação de educação permanente – “[...] ensino, gestão, atenção e controle social” (p. 47). (CECIM, 2005).

Ceccim e Feuerwerker (2004) e Ceccim (2005) *apud* Ceccim (2005) que o quadrilátero de formação para se providenciar a Educação Permanente em Saúde são:

- análise da educação dos profissionais de saúde, buscando mudar a concepção hegemônica tradicional e mudar a concepção lógico-racionalista, elitista e concentradora da produção de conhecimento;
- análises das práticas de atenção à saúde, buscando a integralidade e a inclusão da participação dos usuários no projeto terapêutico como nova prática de saúde;
- análise da gestão setorial, buscando modos criativos e originais de organizar a rede de serviços, segundo acessibilidade e satisfação dos usuários;
- análise da organização social, buscando o efetivo contato e permeabilidade as redes sociais que tornam os atos de saúde mais humanos e de promoção da cidadania.” (p. 984).

Assim, o quadrilátero da gestão implica diretamente na construção da Educação Permanente reforçando o papel das instituições de ensino, de serviço e gestores em todas as instâncias e da comunidade.

Vasconcelos, Grillo e Soares (2009, p. 22) afirmam que a educação permanente é: “um processo contínuo, coletivo e institucional de reflexão sobre a organização, as ações e os resultados do processo de trabalho, que deve resultar em transformação da realidade do trabalho e da saúde da população”.

Portanto, de acordo como pode ser visto, todos os autores acima citados, relatam que a educação permanente é meio de mudança para o processo de trabalho no cotidiano da equipe de Saúde da Família, através da reflexão, de auto-avaliação da equipe e de auto-gestão. Perante todos os argumentos aqui relatados a educação permanente é um avanço a ser conquistado de forma necessária e ambiciosa (CECCIM, 2005).

5.3 Será que os profissionais na ponta entendem a idéia central de educação em saúde?

Perante as experiências vividas pela autora, nas práticas de educação em saúde no cotidiano da ESF e atualmente como Coordenadora destas equipes, verifica-se que a educação permanente, marco desta pesquisa, é confundida com a prática de educação continuada e esta sendo usada rotineiramente pelos profissionais de saúde. E a educação permanente não é utilizada pelas equipes de saúde em busca de integrar as equipes e transformar o processo de trabalho da equipe. (experiências da autora).

Na literatura pesquisada não foi encontrado dados diferentes dos citados acima. Percebe-se que a educação permanente não é entendida em sua amplitude, pois ora são realizadas, na prática, como reunião com todos os membros da equipe, baseado nos problemas enfrentados no processo de trabalho dos mesmos, ora são discutidos em palestras em universidades, com temas que muitas vezes não condizem com a realidade da equipe do PSF (COSTA *et. al.*, 2010).

Isto pode ser comprovado por Mancia, Cabral e Koerich (2004) *apud* Costa *et.al.* (2010):

Com base no conjunto de dados apresentados e na relação com os conceitos de EP e Continuada [...] evidencia-se que os trabalhadores entrevistados não percebem as diferenças dos referidos processos de educação. Especialmente, quanto ao público alvo, que necessita de multiprofissionais, que se constitui em uma prática institucionalizada, focada em problemas de saúde, com o fim de transformar as práticas técnicas e sociais, com uma periodicidade, continua, ou seja, com uma abordagem implicada na resolução de problemas, que resultam em mudanças no viver das comunidades. (p. 343)

E também por Moretti-Pires (2009) que descreve que a educação em saúde na prática não se diferenciou do que foi relatada anteriormente, baseando-se também na

tradição de educação em saúde, da transmissão de conhecimento para o indivíduo como forma de aprendizado.

O trabalho ainda desenvolvido de forma fragmentada, individualizada, com dificuldades na comunicação entre os membros da equipe, sem muita modificação do processo de trabalho destes, é necessário, portanto, que a compreensão por todos os membros da equipe sobre a educação permanente em saúde, a fim de mudar as práticas existentes atualmente, e conquistando os atuais desafios das ESF. (LIMA *et. al.*, 2010).

Ricaldoni e Sena (2006) afirmam que:

O desafio da educação permanente é estimular o desenvolvimento da consciência nos profissionais sobre o seu contexto, pela sua responsabilidade em seu processo permanente de capacitação. Por isso, é necessário rever os métodos utilizados nos serviços de saúde para que a educação permanente seja, para todos, um processo sistematizado e participativo, tendo como cenário o próprio espaço de trabalho, no qual o pensar e o fazer são insumos fundamentais do aprender e do trabalhar. (p. 3).

Vasconcelos, Grillo e Soares (2009) acrescentam que a EPS proporciona o desenvolvendo do trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar através da reflexão de todos os membros da equipe sobre o próprio cotidiano, ao se reunir e levantar os problemas, e analisar sobre estes, possibilitando à reorganização do processo de trabalho, melhorando a qualidade do serviço prestado a população.

5.4 Quais os fatores que podem comprometer o trabalho da equipe de forma interdisciplinar?

A interdisciplinaridade da equipe marcada pelos autores já supracitados anteriormente, deixa bem claro que o trabalho em equipe deve ser realizado de forma conjunta, compartilhada, visando objetivos comuns da ESF, buscando realizar promoção da saúde, prevenção das doenças, reabilitação e tratamento de acordo com os preceitos do SUS (MACHADO *et. al.*, 2007). A interdisciplinaridade deve ser realizada de uma forma dinâmica, conforme já relatada anteriormente por Oliveira (2000). Percebe-se também que a dificuldade enfrentada pela ESF remete-se a várias deficiências na formação de recursos humanos da saúde, no perfil deste profissional frente ao atendimento integral aos indivíduos, famílias e comunidade de uma área previamente definida, onde a população está acostumado com o modelo assistencial baseado na clínica e no curativismo. (SANTOS e CUTOLO, 2003).

O trabalho em equipe deve ser realizado com um olhar interdisciplinar, conforme já relatado anteriormente, caracterizado por Japiassu *apud* Santos e Cutolo (2003):

[...] a interdisciplinaridade se caracteriza as trocas entre especialistas e pelo grau de integração real das disciplinas, no interior de um projeto específico de pesquisa. [...] O fundamento do espaço interdisciplinar deverá ser procurado na negação e na superação de fronteiras disciplinares. [...] Podemos dizer que nos reconhecemos diante de um empreendimento interdisciplinar todas as vezes em que ele conseguir incorporar os resultados de varias especialidades, que tomar de empréstimos a outras disciplinas certos instrumentos e técnicas metodológicas, fazendo uso dos esquemas conceituais e das análises que se encontram nos diversos ramos do saber, a fim de fazê-los integrarem e convergirem, depois de terem sido comparados e julgados” (p. 71)

Machado *et. al.* (2007) também relata a importância da interdisciplinaridade frente ao trabalho de equipe, a partir da formação profissional dos recursos humanos para a saúde. E enfatiza sobre esta troca de experiência, de dialogo para que de fato favoreça as atribuições da ESF, de promoção, prevenção, reabilitação e tratamento dos usuários.

Sendo assim o trabalho em equipe é também fato a ser levado em consideração, que desde a criação da ESF se propôs a esta organização. Pois o fato de constituírem um grupo, não quer dizer que trabalham em equipe ou possuem um objetivo em comum, que deseja ser compartilhada com todos os membros (Faria *et. al.*, 2010). A diversidade do grupo pode ser marcada pela individualidade de cada membro e objetivos diferentes do trabalho realizado, além de todos possuírem conhecimentos e opiniões diferentes. Assim podemos dizer que o perfil do profissional e os objetivos individuais são fatores de risco para o trabalho a ser desenvolvido pela equipe e o fracasso do objetivo a ser alcançado (PIANCASTELLI, FARIA e SILVEIRA (2000).

Peduzzi (2001) *apud* Leite e Veloso (2006) afirma que o trabalho em equipe:

[...] não pressupõe abolir suas especialidades, pois suas diferenças técnicas possibilitam a contribuição da divisão do trabalho para a melhoria dos serviços prestados, à medida que a especialidade permite não só o aprimoramento e do desenvolvimento técnico em determinada área de atuação bem como maior produção. (p. 377).

Outro fator que interfere o trabalho em equipe é a satisfação do profissional referente ao seu trabalho. A insatisfação pode levar ao estresse profissional, produzindo um trabalho ineficaz e sem grande resolutividade (CAMELO e ANGERAMI, 2004). Isso implica em vários fatores como na questão salarial e no reconhecimento do seu trabalho. (COTTA *et. al.*, 2006; CAMPOS, 2003).

Isso pode ser comprovado na fala de Amoretti (2005, p. 142) que ressalta a importância desta satisfação mediante o trabalho: “[...] é preciso o reconhecimento do

trabalho do médico e dos demais profissionais da área da saúde, com a retribuição de salários adequados e a valorização das profissões e carreiras”

Martinez e Martinau (2002) *apud* Pieratoni, Varella e França (sem data de publicação) confirmam a importância da valorização do trabalho e do trabalhador como um desafio acumulado perante a gestão do trabalho: “[...] com destaque para a baixa remuneração e motivação das equipes, a iniquidade distributiva da força de trabalho, desempenho e accountability insatisfatórios dos profissionais”. (p. 54).

Camelo e Angerami (2004) afirmam que o grau de insatisfação do usuário pode causar estresse, levando a problemas físicos, mentais, interferindo tanto no trabalho quanto na sua convivência familiar. Para isso o mesmo autor em sua obra relata que é necessário que as Equipes de Saúde da Família possuam perfis profissionais adequados para enfrentar o dinamismo do trabalho da atenção básica de saúde.

Outro fator que interfere no trabalho em equipe é ressaltado no estudo de Moretti-Pires (2009): a visão dos futuros profissionais médicos, enfermeiros e odontólogos, em relação à Estratégia Saúde da Família são bem distorcidos da ideia desta proposta de saúde. Os resultados mostram que: a maioria dos profissionais participantes contrasta a ideia central do modelo atual com a preponderância de determinadas classes profissionais se acharem mais importantes que as demais. Essa ideia vista por estes futuros profissionais traz a tona a formação profissional, ainda baseada no modelo flexneriano, de ver o indivíduo como um ser, onde os fatores ambientais, socioeconômicos e culturais não interferem na sua vida cotidiana.

Machado *et. al.* (2007) deixa bem claro esta questão entre a postura dos profissionais, principalmente a do médico, e o modelo assistencial anterior quando relata:

É atribuído como herança no atendimento individualizado à saúde o modelo liberal privatista, que é responsável pela estruturação de uma determinada postura de trabalhadores de saúde, pautado no estilo médico que estabelece um atendimento impessoal por parte do profissional de saúde e o usuário e entre os diversos profissionais de saúde” (p. 338).

Segundo Moretti-Pires (2009) na equipe, vista em sua pesquisa, há um ar de superioridade dos profissionais médicos, caracterizado por estes, como parte central da Estratégia Saúde da Família, e os outros profissionais como seu complemento. Porém a Estratégia Saúde da Família veio para substituir este modelo, individualista, para uma proposta de interação entre profissionais, trabalho multidisciplinar, atendimento integral e contínuo do usuário e não permanecer no mesmo lema do curativismo do modelo biomédico.

O Ministério da Saúde (Brasil, 1994) *apud* Cotta *et. al.* (2006), relata esta dificuldade vivenciada pela Estratégia Saúde da Família:

“ Essa qualidade da formação do profissional faz com que sua atuação, ao ser contratado para o PSF, não raras vezes, se reduza ao consultório. Sendo assim, pela concepção do modelo assistencial ou pela organização do serviço ou prática de trabalho deformada, observa-se a desvalorização ou mesmo inexistência de proposta de ação de saúde coletiva no interior da comunidade” (p. 8)

Já a questão da educação dos profissionais de saúde, pode ser comprovada quando Tesser (2006) e Markmann Neto (2004) *apud* Moretti-Pires (2009) relatam que a Universidade ainda utilizam o modelo tradicional de educação baseado no indivíduo, no curativismo, desconsiderando o contexto social e cultural das famílias. É complementado pelo último autor ao dizer: que isso compromete a eficácia e a legalidade da Estratégia Saúde da Família, contrapondo com o modelo implantado há 17 anos “[...] permanecendo em um estado entre a ESF idealizada e a ESF de fato” (MARKMANN NETO (2004) *apud* MORRETI-PIRES (2009, p. 155)).

Amoretti (2005) também confirma esta questão ao relatar que os recursos humanos da área da saúde, formados pelas universidades, ainda mantêm uma educação baseada no modelo assistencial à saúde anterior, biologicista, individualista, mecanicista, no qual são formados profissionais sem o comprometimento com o SUS, isso se aplica a todos os profissionais de saúde, principalmente o médico, pois interfere diretamente “[...] na estrutura grande parte da distorção da educação atual [...]” (p. 143).

Cinaem (2000) e Feuerwerker (2002) *apud* Garcia *et. al.* (2007) relatam algumas das situações encontradas nos currículos das universidades médicas, nas avaliações realizadas pelo Ministério da Educação e pela Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (Cinaem):

[...] resultados insatisfatórios, tais como: currículos arcaicos com carga horária excessiva; falta de articulação teórico-prática e entre os ciclos básico e clínico; despreparo docente; baixa produção de conhecimentos; prática profissional individualizada e impessoal; predomínio da concepção tradicional de ensino baseado na transmissão do conhecimento e na experiência do professor, na supervalorização dos conteúdos e no papel passivo do aluno no processo de aprendizagem. (p. 148)

Ceccim (2005) também levanta esta questão da formação dos profissionais através de duas reclamações baseados nos atores que querem mudanças nas práticas de saúde. Uma relacionada à queixa dos gestores, que relatam que as instituições de ensino não estão compromissadas com o SUS e que os profissionais de saúde vêm despreparados para o trabalho, “[...] com formação inadequada [...]” (p. 984) e que também não são “[...]”

expostos às melhores aprendizagens [...]” (p. 984) pelas instituições. A outra reclamação é baseada na queixa das instituições, que relatam que as práticas são difíceis neste campo e os gestores são agressivos à “[...] produção de pactos de reciprocidade[...]” (p. 984), além de não trabalharem em equipe de forma interdisciplinar, multiprofissional. Ambas as reclamações são pertinentes à realidade, porém o autor supracitado frisa que a mudança das práticas deve ser feita de forma conjunta pelos dois atores, fato este afirmado também por CONASS (2011) que complementa que fazem parte destes atores a população e os financiadores.

Esta realidade vista sobre a educação das universidades é também relatada por Cotta *et. al.* (2004) e Reis e Hortale (2004) *apud* Cotta *et. al.* (2006):

“[...] os currículos universitários que referenciam sua formação, todavia os cursos de graduação pautam em um paradigma curativo, hospitalocêntrico e fragmentado do conhecimento e da abordagem da saúde, ao valorizarem as especificidades sem a compreensão global do ser humano e do processo de adoecer (p. 8).”

As Diretrizes do Conselho Nacional de Educação, em 2001, em função de reorientação da formação dos recursos humanos da saúde, surge como elemento fundamental para a reorganização destes, através de uma interligação entre saúde e educação (CONASS, 2011). Amoretti (2005) complementa que todas as outras políticas públicas, como o Promed (Programa de Estimulo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina), Pró-Saúde (Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde) e por último os Pólos de Educação Permanente em Saúde, almejam e incentivam a mudança dos perfis dos futuros profissionais deste setor, melhorando o trabalho a ser executado pelas ESF, através de profissionais aptos a trabalharem com comprometimento com o Sistema Único de Saúde. Feuerwerker (2003) *apud* Brasil (2011) complementa esta questão quando relata que:

As mudanças na formação dos profissionais de saúde, baseadas nas novas diretrizes curriculares, preveem perfis profissionais mais inseridos na dinâmica do sistema, sensibilizados para o trabalho em equipe e contextualizados com a realidade social, na busca por uma boa prática profissional calcada em relações humanizadas e estreitas com a população (p. 54).

CONASS (2011) enfatiza a importância da Educação Permanente perante os futuros profissionais da saúde, quando relata que os recursos humanos devem “[...] aprender aprendendo [...]” (p. 54) durante o processo de educação. Fato este também relatado por Ceccim (2005).

Portanto, mesmo com estas legalidades, as instituições continuam educando os futuros profissionais de saúde “[...] numa lógica tecnicista, fragmentada [...]” afirmada por

Faria (2005) apud Leite e Veloso (2008, p. 378). É, portanto, necessário que a faculdade de ensino superior, modifique sua forma de educar, formando profissionais com perfis comprometidos com o SUS, visando o modelo preventivo, na qual a idéia central é a educação da população (promoção da saúde) para que esta seja, de forma participante e integrativa, meio de mudança da abordagem do processo de saúde-doença.

6 - CONCLUSÃO

De acordo com a revisão científica podemos perceber que o Sistema Único de Saúde desde sua criação vem construindo grandes mudanças na reorientação do modelo assistencial, cujo principal enfoque ocorreu em 1994, através da criação do Programa de Saúde da Família, com o objetivo de garantir o direito à saúde aos cidadãos, por meio da promoção, prevenção e reabilitação do indivíduo, visto no seu contexto social pertencente a uma família, comunidade.

O Programa de Saúde da Família desde sua criação vem ganhando grande destaque na atenção primária como principal porta de entrada para o usuário. Como atual estratégia do governo, adquiriu em seu decorrer grandes avanços, porém ainda possui grandes desafios a serem conquistados, dentre eles a educação permanente em saúde.

A educação permanente é vista hoje como meio de mudança do processo de trabalho em equipe. Porém ainda, muitos trabalhadores de saúde não entendem sua idéia central confundido com a educação continuada. Este trabalho mostra que a educação continuada é ainda o principal meio educacional utilizado pela ESF. Podemos também visualizar com esta pesquisa que tanto a educação permanente, quanto a educação continuada devem ser utilizadas pela ESF, porém não de forma rotineira como é atualmente, mas de acordo com a necessidade da equipe e do usuário.

Dentre os problemas encontrados pela educação permanente temos a questão salarial, valorização do trabalhador, a própria formação de equipe e como principal enfoque a próprias instituições de ensino, que ainda continuam a formar recursos humanos baseado no modelo assistencial curativista, individualista, hierárquico, sem comprometimento com o Sistema Único de Saúde. Muitas políticas foram criadas para modificar esta situação, porém à mudança esta ocorrendo de forma lenta e gradual. Dentre estas políticas destacam-se os Pólos de Educação Permanente em Saúde proposta de mudança não só na formação dos recursos humanos de saúde, mas também de gestores em todas as instâncias, dos docentes das universidades e dos profissionais já atuantes na área.

Nesta pesquisa, viu-se que a educação permanente é ainda um fato novo a ser abordado pelas ESF, e que seu processo comunicacional interfere positivamente nas dificuldades enfrentadas por estes, ao proporcionar uma reflexão crítica sobre os problemas enfrentados pela equipe, e buscarem resolvê-los conforme suas necessidades. Desta forma a educação permanente em saúde é um meio de organizar o processo de trabalho da equipe, pois permite a realização da interdisciplinaridade seus membros.

Podemos então concluir, que o SUS, ainda é um sistema fragmentado, frágil, e em plena construção. E a educação permanente é um avanço a ser conquistado de forma necessária e ambiciosa para mudança do processo de trabalho, minimizando os problemas a serem enfrentados pelas equipes em seu território de abrangência.

REFERÊNCIAS

AMORETTI, R. A educação médica diante das necessidades sociais em saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 29, n. 2. Rio de Janeiro, p. 136-146, mar.-agos./2005. Disponível em: <[http:// http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resources/lil-413226](http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resources/lil-413226)>. Acesso em: 20 de agosto de 2011.

BESEN, C. B. et. al. A Estratégia de Saúde da Família como objeto de Educação em Saúde. **Revista Saúde e Sociedade**. v. 16, n. 1, p. 57-68, jan-abr/2007. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/regional/index.php>>. Acesso em: 20 de nov./2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. Cadernos RH Saúde, 1994. In: COTTA, R. M. M. et. al. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na restauração da atenção básica em saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 15, n. 3, p. 7-18, 2006. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742006000300002>. Acesso em: 03 de agosto de 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. 4. Ed. – Brasília: Ministério da Saúde, p. 68, 2007.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão na Educação na Saúde. A educação permanente entra na roda: pólos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer. In: BESEN, C. B. et. al. A Estratégia de Saúde da Família como objeto de Educação em Saúde. **Revista Saúde e Sociedade**. v. 16, n. 1, jan-abr/2007, p. 59. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/regional/index.php>>. Acesso em: 20 de nov./2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Política de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica. Programa de Saúde da Família. Treinamento introdutório, caderno 2, 2000. In: SHERER, M. D. A; MARINO, S. R. A.; RAMOS, F. R. S. **Rupturas e resoluções no modelo de atenção à saúde: reflexões sobre a estratégia saúde da família com base nas categorias kuhnianas**. Interface – Comunic., Saúde, Educ., v. 9, n. 16, Florianópolis, 2005, p. 58. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a05.pdf>>. Acesso em: 26 de agos./2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica. **Programa Saúde da Família - Educação Permanente**. Caderno 3. Brasília, p. 44, 2000. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cad03_educacao.pdf> Acesso em: 26 de dezembro de 2011.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Brasília: CONASS, 2003. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/progestores/leg_sus.pdf>. Acesso em: 24 de set. 2011.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. O desafio da gestão pública em uma conjuntura de mudança na relação estado-sociedade: a gestão do trabalho e da educação na saúde em pauta. In: _____. **A Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde / Coleção Para Entender a Gestão do SUS / 2011**. Brasília: CONASS, v. 9, 2011, p. 20-21.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**, promulgado em 05 de outubro de 1988. Brasília, DF, 1988. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/legislacao/const/con1988/CON1988_05.10.1988/CON1988.pdf>. Acesso em : 18 de julho de 2012.

BRASIL. Ministério da Educação. Lei Nº 9394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 23 de dez. de 1996. Disponível em: < https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9394.htm>. Acesso em: 18 de set./2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 648/GM DE 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, DF, 2006. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm>>. Acesso em: 22 de julho de 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica. 4. ed. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2007. 68p. (Série E. Legislação em Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v.4). In: FARIA, H.P et. al. **Modelo assistencial e atenção básica à saúde**. 2ª Ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde**. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, p. 56, 2009. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_sgtes.pdf>. Acesso em: 25 de maio de 2012.

BRAVO, M. I. S. **Política de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro, sem data de publicação. Disponível em: <http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto1-5.pdf>. Acesso em: 20 outubro de 2011.

BRICEÑO-LEÓN, R. Siete tesis sobre La educación sanitaria para La participacion comunitaria. 1996. In: BESEN, C. B. et. al. A Estratégia de Saúde da Família como objeto de Educação em Saúde. **Revista Saúde e Sociedade**. v. 16, n. 1, p. 57-68, jan-abr/2007. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/regional/index.php>>. Acesso em: 20 de nov./2011.

CAMELO, S. H. H.; ANGERAMI, E. L. S. Sintomas de estresse nos trabalhadores atuantes em cinco núcleos de Saúde da Família. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 12, n. 1, p. 14-21, 2004. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resources/lil358278>>. Acesso em: 2 de maio de 2012.

CAMPOS, C. E. A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, nº 2, p. 569–584, 2003. Disponível em: < http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000200018&lang=pt&lng=>. Acesso em: 06 de junho de 2012.

CAMPOS, F. E. , BELISÁRIO, S. A. O Programa de Saúde da Família e os desafios para a formação profissional e a educação continuada. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v. 5, n. 9, p. 133-142, agost./2001. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resources/lil-303703>>. Acesso em: 2 de maio de 2012.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde descentralização e disseminação da capacidade pedagógica na saúde. **Revista da Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 4, Rio de Janeiro, p. 975-986, out.-dez./2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000400020>. Acesso em: 01 de dez. de 2011.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário, 2005. *In*: CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde descentralização e disseminação da capacidade pedagógica na saúde. **Revista da Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 4, Rio de Janeiro, p. 975-986, out.-dez./2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000400020>. Acesso em: 01 de dez. de 2011.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface – Comunic., Educ.**, v.9, n.16, p. 161-177, set./2004/fev/2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832005000100013&script=sci_arttext> . Acesso em: 01 de dez. de 2011.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário, 2005b. *In*: PEDUZZI, M. et. al. Atividades educativas de trabalhadores na atenção primária: concepções de educação permanente e de educação continuada em saúde presentes no cotidiano de Unidades Básicas de Saúde em São Paulo. **Interface – Comunic., Educ.**, v. 13, n. 30, p. 121-134, jul.-set./2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v13n30/v13n30a11.pdf> >. Acesso em: 12 de nov. de 2011.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da Saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Revista Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1. Rio de Janeiro, p. 41-65, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v14n1/v14n1a04.pdf>>. Acesso em: 12 de nov. 2011.

CINAEM. Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médio. Preparando a transformação da educação médica brasileira: projeto CINAEM III fase: relatório 1999-2000, 2000. *In*: GARCIA, M. A. A. et. al. A interdisciplinaridade necessária à educação médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 31, n. 2, p. 147-155, 2007. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resources/lil-460197>>. Acesso em: 12 de nov. 2011.

COSTA, V. Z. et. al. Educação permanente no Programa Saúde da Família: um estudo qualitativo. **Revista de Investigación y Educación en Enfermería**. v. 28, n. 3, p. 336-344, 2010. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&bas>>

e=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=574478&indexSearch=ID>. Acesso em: 12 de nov. 2011.

COTTA, R. M. M. et. al. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na restauração da atenção básica em saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 15, n. 3, p. 7-18, 2006. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742006000300002>. Acesso em: 03 de agosto de 2011.

DA ROS, M. A. **Políticas públicas de saúde no Brasil**. *apud* BAGRICHEVSKI, M. (Org.). Saúde em Debate na Educação Física, 2006. In: BESEN, C. B. et. al. A Estratégia de Saúde da Família como objeto de Educação em Saúde. Revista Saúde e Sociedade. v. 16, n. 1, jan-abr/2007, p. 58. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/regional/index.php>>. Acesso em: 20 de nov./2011.

FARIA, A. F. M. R. Vivências de sofrimento e prazer no trabalho: a dor e a delícia de ser trabalhador do Saúde da Família em Campina Grande, 2005. In: LEITE, R. F. B.; VELOSO, T. M. G. Trabalho em Equipe: Representações Sociais de Profissionais do PSF. **Psicologia, Ciência e Profissão**, v. 28, n. 2, p. 374-389, 2008. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pcp/v28n2/v28n2a12.pdf>>. Acesso em: 13 de março de 2012.

FARIA, H. P. et. al. **Processo de trabalho em saúde**. NESCON/UFMG – Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2. ed. Belo Horizonte: Coopmed, p. 68, 2009.

FARIA, H.P et. al. **Modelo assistencial e atenção básica à saúde**. NESCON/UFMG – Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2ª Ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2010.

FARIA, R. M. B. Institucionalização da política de educação permanente para o Sistema Único de Saúde, 2008. In: PEDUZZI, M. et. al. Atividades educativas de trabalhadores na atenção primária: concepções de educação permanente e de educação continuada em saúde presentes no cotidiano de Unidades Básicas de Saúde em São Paulo. **Interface – Comunic., Educ.**, 13, n. 30, p. 121-134, jul.-set./2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v13n30/v13n30a11.pdf> >. Acesso em: 12 de nov. de 2011.

FERREIRA, A. B. H. **O Miniaurélio Século XXI Escolar**: O minidicionário da língua portuguesa / FERREIRA, A. B. H.; ANJOS, M., FERREIRA, M. B. (Ed.). Editora Nova Fronteira S. A., 4ª ed. rev. Ampliada – Rio de Janeiro, 2000.

FEUERWERKER, L. C. M. Além do discurso de mudança na educação médica: processos e resultados, 2002. In: GARCIA, M. A. A. et. al. A interdisciplinaridade necessária à educação médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 31, n. 2, p. 147-155, 2007. Disponível em: < <http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resources/lil-460197>>. Acesso em: 12 de nov. 2011.

FEUERWERKER, L. Educação de profissionais de saúde hoje – problemas, desafios, perspectivas e as propostas do Ministério da Saúde, 2003 *In*: BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde / Coleção Para Entender a Gestão do SUS / 2011**. Brasília: CONASS, v. 9, 2011, p. 20-21.

FEUERWERKER, L. M. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 18, p. 489-506, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n18/a03v9n18.pdf>>. Acesso em: 03 de agosto de 2011.

FREIRE, P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. In: BESEN, C. B. et. al. A Estratégia de Saúde da Família como objeto de Educação em Saúde. **Revista Saúde e Sociedade**. v. 16, n. 1, jan-abr/2007, p. 61. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/regional/index.php>>. Acesso em: 20 de nov./2011.

GERSCHMAN, S.; SANTOS, M. A. B. O Sistema Único de Saúde como desdobramento das políticas de saúde do século XX. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, Vol. 21, Nº 61, 2006, p. 178-190. Disponível em: <http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/O_Sistema_unico_de_Saude_como_desdobramento_das_politicas_de_saude_do_seculo_XX/53>. Acesso em: 03 de agosto de 2011.

HADDAD, J.; ROCHKE, M. A. C.; DAVINI, M. C. Educación permanente de personal de salud, 1996. In: PEDUZZI, M. et. al. Atividades educativas de trabalhadores na atenção primária: concepções de educação permanente e de educação continuada em saúde presentes no cotidiano de Unidades Básicas de Saúde em São Paulo. **Interface – Comunic., Educ.**, . 13, n. 30, p. 121-134, jul.-set./2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v13n30/v13n30a11.pdf> >. Acesso em: 12 de nov. de 2011.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2003, Estatísticas do século XX. In.: GERSCHMAN, S.; SANTOS, M. A. B. dos. **O Sistema Único de Saúde como desdobramento das políticas de saúde do século XX**. Revista Brasileira de Ciências Sociais, Vol. 21, Nº 61, 2006, p. 180. Disponível em: 03 de agosto de 2011.

JAPIASSU, H. Interdisciplinaridade e patologia do saber, 1976. In: SANTOS, M. A. M.; CUTOLO, L. R. A. A interdisciplinaridade e o trabalho em equipe no Programa de Saúde da Família. **ACM: Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 32, n. 4, p. 65-74, 2003. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resources/lil-445558>>. Acesso em: 15 de março de 2012.

L'ABBATE, S. Educação em Saúde: uma nova abordagem. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 481-490, out-dez/1994. Disponível em: <http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Educacao_em_saude__uma_nova_abordagem/58>. Acesso em: 05 de agosto de 2011.

LEITE, R. F. B.; VELOSO, T. M. G. Trabalho em Equipe: Representações Sociais de Profissionais do PSF. **Psicologia, Ciência e Profissão**, v. 28, n. 2, p. 374-389, 2008. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pcp/v28n2/v28n2a12.pdf>>. Acesso em: 13 de março de 2012.

LIMA et. al. A educação permanente em saúde como estratégia pedagógica de transformação das práticas: possibilidades e limites. **Trabalho Educação e Saúde**, v. 8 n. 2, Rio de Janeiro, p. 207-227, jul./out.2010. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=555444&indexSearch=ID>> . Acesso em: 2 de junho de 2012.

MACHADO, M. F. A. S. et. al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS – uma revisão conceitual. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 335-342, 2007. Disponível em: < <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v12n2/a09v12n2.pdf>>. Acesso em: 15 de maio de 2012.

MANCIA, J. R.; CABRAL, L. C.; KOERICH, M. S. Educação permanente no contexto da enfermagem e na saúde, 2004. In: COSTA, V. Z. et. al. Educação permanente no Programa Saúde da Família: um estudo qualitativo. **Revista de Investigación y Educación en Enfermería**. v. 28, n. 3, 2010, p. 343. Disponível em: < <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=574478&indexSearch=ID>>. Acesso em: 12 de nov. 2011.

MARKMAN NETO, L. Políticas de Saúde, Sistema Único de Saúde e a prática do Programa de Saúde da Família num núcleo específico: limites e desafios. In: MORETTI-PIRES, R. O. Complexidade em Saúde da Família e formação do futuro profissional de saúde. **Interface – Comunic., Educ.**, v. 13, n. 30, p. 153-166, jul.-set./2009. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resources/lil-529197>>. Acesso em: 05 de agosto de 2011.

MERHY, E. E. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. **Interface – Comunic., Educ.**, v. 9, n. 16, p. 172-174, set.2004/fev.2005. Disponível em:

<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/O_desafio_que_a_educacao_permamente_tem_em_si_a_pedagogia_da_implicacao/58>. Acesso em: 05 de agosto de 2011.

MINAS GERAIS. Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais. **Política de educação permanente em saúde no Estado de Minas Gerais**. Governo de Minas Gerais. Belo Horizonte, maio/2011.

MORETTI-PIRES, R. O. Complexidade em Saúde da Família e formação do futuro profissional de saúde. **Interface – Comunic., Educ.**, v. 13, n. 30, p. 153-166, jul.-set./2009. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resources/lil-529197>>. Acesso em: 05 de agosto de 2011.

OLIVEIRA, V. C. Comunicação, informação e ação social. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Organização do cuidado a partir de problemas: uma alternativa metodológica para a atuação da Equipe de Saúde da Família**. Brasília: OPAS, p. 65-74, 2000. Disponível em: <http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Comunicacao__informacao_e_acao_social/51>. Acesso em: 15 de março de 2012.

PAIM, J. S. Políticas de descentralização e atenção primária à saúde. In: SHERER, M. D. A; MARINO, S. R. A.; RAMOS, F. R. S. **Rupturas e resoluções no modelo de atenção à saúde: reflexões sobre a estratégia saúde da família com base nas categorias kuhnianas**. Interface – Comunic., Saúde, Educ., v. 9, n. 16, Florianópolis, 2005, p. 54. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a05.pdf>>. Acesso em: 26 de agos./2011.

PEDUZZI, M. E. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia, 2001. In: LEITE, R. F. B.; VELOSO, T. M. G. Trabalho em equipe: representações sociais de profissionais do PSF. **Psicologia, Ciência e Profissão**, v. 28, n. 2, p. 374-389, 2008. Disponível em:

<<http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resources/lil-514543>>. Acesso em: 02 de maio de 2012.

PIANCASTELLI, C. H.; FARIA, H. P.; SILVEIRA, M. R. O trabalho em equipe. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Organização do cuidado a partir de problemas**: uma alternativa metodológica para a atuação da Equipe de Saúde da Família. Brasília: OPAS, 2000. p. 45-50. Disponível em: <http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/O_trabalho_em_equipe/51>. Acesso em: 13 setembro de 2011.

PIERATONI, C. R.; VARELLA, T. C.; FRANÇA, T. Recursos humanos e gestão do trabalho e saúde: da teoria para a prática. **Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil. Estudos e Análises**, v. 2, p. 51-70. Disponível em: <http://www.bra.opsoms.org/rh/publicacoes/textos/gestao_p.pdf>. Acesso em: 20 de janeiro de 2012.

REIS, C. L.; HORTALE, V. A. Programa de Saúde da Família: supervisão ou “convisão”? Estudo de caso em município de médio porte, 2004. In: COTTA, R. M. M. et. al. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na restauração da atenção básica em saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 15, n. 3, p. 7-18, 2006. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742006000300002>. Acesso em: 03 de agosto de 2011.

RIBEIRO, E. A. As várias abordagens da família no cenário do Programa Estratégia de Saúde da Família (PSF). **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 12, n. 4, p. 658-664, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v12n4/v12n4a12.pdf>>. Acesso em: 15 de junho de 2012.

RICALDONI, C. A. C., SENA, R. R. Educação Permanente: uma ferramenta para pensar e agir no trabalho de enfermagem. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. v. 14, n. 6, sem p., nov.-dez./2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010411692006000600002&script=sci_arttext&lng=pt>. Acesso em: 15 de maio de 2012.

RODRIGUES, A. C. S.; VIEIRA, G. L. C.; TORRES, H. C. A proposta da educação permanente e saúde na atualização da equipe de saúde em diabetes mellitus. **Revista Esc. Enferm. USP**, v. 44, n. 2, p. 531-537, 2010. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resources/lil-550658>>. Acesso em: 15 de maio de 2012.

RONCOLLETA, A. F. T. et. al. Princípios da medicina de Família. In: BESEN, C. B. et. al. A Estratégia de Saúde da Família como objeto de Educação em Saúde. **Revista Saúde e Sociedade**. v. 16, n. 1, jan-abr/2007, p. 58. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/regional/index.php>>. Acesso em: 20 de nov./2011.

SANTOS, M. A. M.; CUTOLO, L. R. A. A interdisciplinaridade e o trabalho em equipe no Programa de Saúde da Família. **ACM: Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 32, n. 4, p. 65-74, 2003. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resources/lil-445558>>. Acesso em: 15 de março de 2012.

SAUPE, R. et. al. Competência dos profissionais da saúde para o trabalho interdisciplinar. **Interface – Comunic. Educ.**, v. 9, n. 18, p. 521-536, set.-dez./2005. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resources/lil-420492>>. Acesso em: 02 de maio de 2012.

SAUPE, R.; BUDÔ, M. L. D. Pedagogia interdisciplinar: “Educare” (Educação e Cuidado) como objeto fronteiro em saúde. **Texto contexto de enfermagem**, v. 15, n. 2. Florianópolis, p. 326-333, abr-jun/2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n2/a17v15n2.pdf>>. Acesso em: 05 de agosto de 2011.

SHERER, M. D. A; MARINO, S. R. A.; RAMOS, F. R. S. Rupturas e resoluções no modelo de atenção à saúde: reflexões sobre a estratégia saúde da família com base nas categorias kuhnianas. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v. 9, n. 16, Florianópolis, p. 53-56. 2005. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a05.pdf>>. Acesso em: 26 de agos./2011.

SOUSA, M. F., HAMANN, E. M. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. v. 14, supl. 1, p. 1325-1335, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S141381232009000800002&script=sci_arttext>. Acesso em: 05 de agosto de 2011.

SOUZA, R. A., CARVALHO, A. M. Programa de Saúde da Família e qualidade de vida: um olhar a Psicologia. **Estudos de Psicologia**, v. 8, n. 3, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/epsic/v8n3/19974.pdf>>. Acesso em: 20 de janeiro de 2012.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S.; VILASBÔAS, A. L. SUS, Modelos Assistenciais e Vigilância da Saúde. **IESUS**, v. 7, n. 2. Salvador, 1998, p. 7-28. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resources/lil233466>>. Acesso em: 12 de agosto de 2011.

TESSER, C. D. Medicalização social (II): limites biomédicos e propostas para a clínica na atenção básica, 2006. In: MORETTI-PIRES, R. O. Complexidade em Saúde da Família e formação do futuro profissional de saúde. **Interface – Comunic., Educ.**, v. 13, n. 30, p. 153-166, jul.-set./2009. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resources/lil529197>>. Acesso em: 05 de agosto de 2011.

VASCONCELOS, E. M. apud VALLA, V. V. **Saúde e Educação**. Rio de Janeiro, 2000. In: BESEN, C. B. et. al. A Estratégia de Saúde da Família como objeto de Educação em Saúde. **Revista Saúde e Sociedade**. v. 16, n. 1, , jan-abr/2007, p. 61. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/regional/index.php>>. Acesso em: 20 de nov./2011.

VASCONCELOS, E. M. Educação Popular: de uma prática alternativa a uma Estratégia de Gestão Participativa das Políticas de Saúde. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro v.14, n. 1, p. 67-83, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v14n1/v14n1a05.pdf>>. Acesso em: 26 de agosto de 2011.

VASCONCELOS, M.; GRILLO, M. J. C.; SOARES, S. M. Práticas Educativas em Atenção Básica à Saúde. Tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade.

NESCON/UFMG – Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família.
Belo Horizonte: Ed. UFMG, p. 72, 2009.