

FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE

Emília Beatriz dos Santos Souza

Paloma Maria Oliveira de Almeida

**EDUCAÇÃO PERMANENTE NO ÂMBITO DA ATENÇÃO
PRIMÁRIA NAS I, IV E VII GERÊNCIAS REGIONAIS DE
SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO: PERCEPÇÃO
DOS GESTORES**

**RECIFE
2020**

FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE

**EDUCAÇÃO PERMANENTE NO ÂMBITO DA ATENÇÃO
PRIMÁRIA NAS I, IV E VII GERÊNCIAS REGIONAIS DE
SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO: PERCEPÇÃO
DOS GESTORES**

Trabalho de conclusão de curso
apresentado à Faculdade Pernambucana
de Saúde como requisito para conclusão
do curso de Bacharelado em
Enfermagem.

Autora: Emília Beatriz dos Santos Souza
Autora: Paloma Maria Oliveira de Almeida
Orientadora: Reneide Muniz da Silva

RECIFE

2020

FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE

EDUCAÇÃO PERMANENTE NO ÂMBITO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NAS I, IV E VII GERÊNCIAS REGIONAIS DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO: PERCEPÇÃO DOS GESTORES

Autora: Emília Beatriz dos Santos Souza

Função: Acadêmica de Enfermagem da Faculdade Pernambucana de Saúde

Telefone: (81) 98520-1690

E-mail: emiliabeatriz97@hotmail.com

Autora: Paloma Maria Oliveira de Almeida

Função: Acadêmica de Enfermagem da Faculdade Pernambucana de Saúde

Telefone: (81) 987838510

E-mail: palomamaria09@hotmail.com

Orientadora: Reneide Muniz da Silva

Função: Enfermeira pela UFPE, Mestre em Saúde Pública pela FIOCRUZ, Doutora em Saúde Materno Infantil na linha de pesquisa de Avaliação de Intervenções em Saúde do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira-IMIP, Coordenadora de tutores de enfermagem da Faculdade Pernambucana de Saúde.

Local de trabalho: Faculdade Pernambucana de Saúde

Telefone: (81) 997637054

E-mail: reneide@fps.edu.br e reneide.muniz@gmail.com

RESUMO

Introdução: A educação permanente é uma estratégia para a construção de novas práticas em saúde. A Política Nacional de Educação Permanente desenvolvida pelo Ministério da Saúde, almeja por meio da descentralização da gestão setorial, o desenvolvimento de estratégias e processos para alcançar a integralidade da atenção à saúde individual e coletiva no Sistema Único de Saúde. **Objetivo:** Analisar o desenvolvimento das ações de educação permanente nas I, IV e VII Gerências Regionais de Saúde do Estado de Pernambuco no âmbito da atenção básica, sob a percepção dos gestores. **Método:** Foi realizado um estudo analítico com abordagem qualitativa nas sedes das gerências regionais de saúde, no período de outubro de 2019 a maio de 2020, sendo este um recorte do estudo de mestrado profissional em educação para o ensino em saúde. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista semiestruturada. Para a análise foi utilizada a técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin. **Aspectos éticos:** O projeto ancorado intitulado Percepção dos gestores da Educação Permanente nas regionais de saúde no estado de Pernambuco desenvolvidas na atenção primária, foi aprovado pelo comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Pernambucana de Saúde com parecer de número 3.159.941. **Resultados:** Foram entrevistados os responsáveis pela educação permanente nas Regionais I, IV e VII da Secretaria Estadual de Saúde do Estado de Pernambuco. Foram encontradas dificuldades para a execução do Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde. As ações são direcionadas aos agentes comunitários de saúde, os preceptores e os técnicos em enfermagem. Existem potencialidades que ajudam a firmar o pilar da educação permanente e evidenciam os desafios enfrentados pelos gestores no processo de trabalho. **Discussão:** A análise da educação permanente nas I, IV e VII Gerências Regionais de Saúde revelou informações consideráveis para o aperfeiçoamento da dinâmica de educação permanente. Os gestores carregam consigo uma demanda elevada de trabalho, uma vez que não atuam apenas como coordenadores das Comissões de Integração Ensino-Serviço. Os profissionais contribuem positivamente à sua Gerência Regional de Saúde no que diz respeito aos seus entendimentos relacionados a base conceitual da educação permanente. O conceito pôde ser visto e definido de formas similares em um contexto bastante homogêneo, onde os profissionais compreendem como educação permanente no, pelo e para o trabalho, busca-se a transformação do processo de trabalho, sob orientação da qualidade da atenção e do acesso aos serviços de saúde. Diante da sugestão de repensar o Plano de Ação Regional de Educação Permanente, fica evidente que os gestores lidam com particularidades diversas para poder manter o plano na ativa. Apesar dessa condição, uma gerência apresentou uma relação positiva com o plano. O direcionamento das ações de educação permanente aos agentes comunitários de saúde, os preceptores e os técnicos de enfermagem proporcionam a possibilidade de atualizações necessárias devido à sua relação habitual com o paciente e o usuário. Uma potencialidade encontrada foi o rompimento das barreiras formais de ensino, uma vez que os profissionais puderam vivenciar o aprendizado teórico na prática. A principal dificuldade encontrada foi o subfinanciamento, onde a problemática ocorre a nível central, conseqüentemente influencia nas regionais. **Considerações Finais:** As gerências enfrentam problemas semelhantes, relacionado à sobrecarga de trabalho dos profissionais. Os gestores relatam as dificuldades vivenciadas no dia a dia, elucidando aquelas que impossibilitam o desempenho de seus papéis. O subfinanciamento, exige ainda muitas discussões sobre a problemática. Uma limitação encontrada foi a ausência de estudos enfocando a percepção dos gestores. Portanto, recomenda-se a realização de novos estudos sobre o tema, fomentando atualizações e servindo para a orientação de melhorias da estrutura organizacional nos diversos espaços de desenvolvimento da Educação Permanente em Saúde.

Palavras-chaves: Atenção Primária em Saúde, Educação em Saúde, Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

Introduction: Lifelong learning is a strategy for building new health practices. The National Policy for Permanent Education developed by the Ministry of Health aims, through the decentralization of sector management, at the development of strategies and processes to achieve the integrality of individual and collective health care in the Single Health System. **Objective:** To analyze the development of permanent education actions in the I, IV and VII Regional Health Managements of the State of Pernambuco in the scope of basic care, under the perception of the managers. **Method:** An analytical study with qualitative approach was conducted in the regional health management offices, from October 2019 to May 2020, being this a cut of the study of professional master in education for health education. The data collection was performed through a semi-structured interview. For the analysis, the content analysis technique proposed by Bardin was used. **Ethical aspects:** The project anchors entitled Perception of managers of continuing education in regional health care in the state of Pernambuco developed in primary care, was approved by the Research Ethics Committee of the Pernambuco School of Health with an opinion number 3,159,941. **Results:** Those responsible for continuing education in Regional I, IV and VII of the State Health Secretariat of the State of Pernambuco were interviewed. Difficulties were encountered in implementing the Regional Action Plan for Permanent Education in Health. The actions are directed at community health agents, preceptors and nursing technicians. There are potentialities that help to establish the pillar of permanent education and highlight the challenges faced by managers in the work process. **Discussion:** The analysis of permanent education in the I, IV and VII Regional Health Managements revealed considerable information for the improvement of the permanent education dynamics. Managers carry with them a high demand for work, since they do not act only as coordinators of the Teaching-Service Integration Committees. The professionals contribute positively to their Regional Health Management with regard to their understanding of the conceptual basis of continuing education. The concept could be seen and defined in similar ways in a very homogeneous context, where professionals understand as permanent education in, by and for work, the transformation of the work process is sought, under the guidance of the quality of care and access to health services. Faced with the suggestion of rethinking the Regional Plan of Action for Continuing Education, it is evident that managers deal with diverse particularities in order to keep the plan active. Despite this condition, one management presented a positive relationship with the plan. The targeting of continuing education actions to community health agents, preceptors and nursing technicians provides the possibility of necessary updates due to their usual relationship with the patient and the user. One potentiality found was the breaking of formal teaching barriers, since professionals could experience theoretical learning in practice. The main difficulty found was underfunding, where the problem occurs at the central level, consequently influencing regional ones. **Final Considerations:** The management faces similar problems related to the overload of professionals' work. Managers report the difficulties experienced in their daily lives, elucidating those that make it impossible to perform their roles. Underfunding still requires many discussions about the problem. One limitation found was the absence of studies focusing on the perception of managers. Therefore, new studies on the subject are recommended, fostering updates and serving to guide improvements in the organizational structure in the various spaces of development of Permanent Education in Health.

Keywords: Primary Health Care, Health Education, Single Health System.

SUMÁRIO

I. INTRODUÇÃO	7
II. OBJETIVOS	12
2.1. Geral	12
2.2. Específicos.....	12
III. METODOLOGIA	13
3.1. Desenho do estudo.....	13
3.2. Local do estudo.....	13
3.3. Período do estudo	14
3.4. População de estudo	14
3.5. Procedimento para coleta de dados	14
3.6. Processamento e análise dos dados	15
3.7. Aspectos éticos	15
3.8. Riscos e benefícios	16
IV. RESULTADOS E DISCUSSÃO	17
V. CONSIDERAÇÕES FINAIS	34
VII. LIMITAÇÕES, SUGESTÕES E RECOMENDAÇÕES	35
REFERÊNCIAS	36
APÊNDICE I - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO ...	39
APÊNDICE II - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	41
ANEXO II – ORIENTAÇÕES DA REVISTA	46

I. INTRODUÇÃO

Entre os componentes que caracterizam o funcionamento dos Sistemas de Saúde baseados em Atenção Primária à Saúde (APS) destacam-se o acesso e cobertura universal, atenção integral e integrada, ênfase na prevenção e na promoção, por fim a atenção apropriada, desfocando à enfermidade, salientando-se a pessoa como um todo, em suas necessidades sociais e de saúde, na projeção de respostas à comunidade local, garantindo à mesma uma assistência livre de malefícios. Estas conjunturas tornam-se possíveis em virtude do decreto 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/90. Este decreto dispõe sobre a organização do Sistema único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a articulação Inter federativa e assistência à saúde, enfatizando ainda que o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde sejam orientados pela APS.¹

Perante o estipulado no decreto 7.508/11 tornou-se necessário algumas mudanças no conceito de Região de Saúde, que na sua remodelação passou a exigir que cada Região de Saúde tenha no mínimo ações e serviços de: atenção primária; urgência e emergência; atenção psicossocial; atenção ambulatorial especializada hospitalar e vigilância em saúde; este determina a existência de portas de entrada do usuário no SUS, sendo a Atenção Básica uma das experiências desse decreto.²

Segundo a Constituição de 1988, em destaque para o artigo 196 que estabelece: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução dos riscos de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”, as ações de saúde formam uma rede regionalizada e hierarquizada.³ Em garantia a implantação do SUS e do processo de descentralização optou-se por um sistema operacional básico que transmitia os diferentes níveis de responsabilidades por parte dos municípios e estados, constituiu-se então a Norma Operacional Básica de 1996 (NOB /SUS 01/96) decorrente de experiências ditadas de normas operacionais anteriores, que estabelece condições novas de gestão municipal, em realce à Gestão Plena de Atenção Básica.¹

O SUS compreende um amplo acervo de programas e políticas de saúde à população brasileira, sendo reforçado pelo Pacto em Defesa como política do Estado e não do governo, definindo ainda as responsabilidades sanitárias de cada instância de governo. Dentre as questões de saúde pública discutidas nas prioridades do SUS é

plausível mencionar a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que se caracteriza 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, a redução de danos e a manutenção da saúde.⁴

A PNAB objetiva desenvolver uma atenção integral que cause impacto positivo na situação de saúde e autonomia das pessoas nos determinantes e condicionantes de saúde da coletividade. A mesma é elaborada no mais alto nível de descentralização, é o principal contato comunicativo entre o usuário e a Rede de Atenção à Saúde. Seu funcionamento se destaca na Saúde da Família, tendo esta como movimento de consolidação da atenção básica, configurando assim um processo singular e gradativo que inclui as especificidades locorregionais.⁴

A Estratégia Saúde da Família (ESF) está pautada nos preceitos do SUS e propõe a reorganização da atenção básica no país, com ênfase na ampliação da resolutividade das questões de saúde populacionais. A ESF é uma das maiores mudanças estruturais realizadas na saúde pública brasileira.¹

As Regiões de Saúde caracterizadas por municípios limítrofes no espaço geográfico, possuem um Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP), firmados entre entes federativos com a finalidade de organizar e integrar as ações e serviços de saúde, definindo responsabilidades, indicadores e metas de saúde, critérios de avaliação de desempenho, recursos financeiros disponibilizados, forma de controle e fiscalização de sua execução. O SUS pressupõe uma gestão compartilhada juntamente com os Estados e a União, por isso a Comissão Intergestores Regionais (CIR) é de extrema importância para a garantia da governança regional, é nela que as entidades municipais poderão discutir suas necessidades de saúde, sendo assim uma garantia de amparo aos municípios.⁵

O movimento de Regionalização da Saúde em Pernambuco teve início em 2009, diante da necessidade de reestabelecer a configuração territorial do Estado, em razão disso, as regiões foram reorganizadas pelo novo Plano de Regionalização da Saúde (PDR), onde o mesmo visava a organização da saúde de maneira regionalizada, solidária, hierarquizada e resolutiva. Iniciaram-se então as mais diferentes formas de inter-relações entre a Secretaria Estadual de Saúde e o Conselho de Secretárias Municipais de Saúde de Pernambuco (COSEMS/PE), seguindo o Plano Regional, Pernambuco ficou fragmentado com 04 macrorregiões de saúde, 11 microrregiões de saúde e 12 regiões de saúde.⁵

O polo assistencial da primeira, quarta e sétima Gerencias Regionais do Estado de Pernambuco é de grande amplitude, atendendo casos de baixa, média e alta complexidade, dentro das disponibilidades loco regionais. A Geres I possui o maior aporte de assistência em saúde, atendendo assim as demandas não supridas pelas demais gerências regionais, visto que os casos mais delicados são referenciados e encaminhados as unidades hospitalares da Região metropolitana do Recife, sendo esta caracterizada como a mais resolutive.⁶

A educação permanente é um elemento de fundamental importância para o sucesso da assistência à saúde. Este recurso auxilia o profissional no fortalecimento dos seus conhecimentos e numa maior e mais segura aplicação do cuidado, fornecendo assim excelentes referências de assistência. É relevante o impacto das ações de educação, os mesmos são contribuintes para a construção das competências da assistência saúde, onde se aplicam as técnicas nos seres humanos e são susceptíveis a eventos adversos.⁶

A Educação Permanente em Saúde (EPS) é uma proposta ético-político-pedagógica que visa transformar e qualificar a atenção à saúde, os processos formativos e as práticas de educação em saúde. É uma estratégia mais efetiva de instruir os trabalhadores e a gestão na forma de atenção à saúde. Entre as pautas da Gestão da Educação do Ministério da Saúde, encontra-se a Educação Inter profissional. A OMS Considera a colaboração Inter profissional em educação e prática como uma estratégia inovadora que oferta mais força para o processo de trabalho, a mesma está sendo inserida nas Diretrizes Curriculares Nacionais das diversas graduações.⁷

A Organização Pan Americana de Saúde (OPAS) cria uma diferenciação entre os termos educação permanente e educação continuada, considerando a última mais simplicista, sendo estas vistas no meio acadêmico, não teriam diferenciação. Segundo Haddad a educação permanente inclui a educação continuada e a educação em serviço. Ramos assevera que em um contexto mais amplo, educação continuada, educação permanente, aprendizagem ao longo da vida e educação de adultos podem ser consideradas sinônimos.⁷

A Política Nacional de Educação Permanente (PNEP) foi desenvolvida pelo Ministério da Saúde através da Portaria GM/MS nº 198/2004⁸, através do fortalecimento da descentralização da gestão setorial, do desenvolvimento de estratégias e processos para alcançar a integralidade da atenção à saúde individual e coletiva no SUS. Após inserida no setor saúde, a EPS objetiva efetivar relações orgânicas entre ensino, ações, serviços,

docência e atenção à saúde, ampliando-se ainda para as relações entre formação e gestão setorial, desenvolvimento institucional e controle social em saúde.

A estratégia criada para a implementação da política foi a institucionalização de Polos de Educação Permanente em Saúde, como instâncias regionais e interinstitucionais de gestão da Educação Permanente. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde deve considerar as especificidades regionais, incluindo as desigualdades, as necessidades de formação e a oferta institucional de ações formais de educação na saúde. Ministério da Saúde articula em conjunto ao Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de saúde (CONASEMS) para elaborar novas formas de harmonização da PNEP.⁷

O gerenciamento da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde dar-se por meio dos Colegiados de Gestão Regional (CGR), envolvendo amplo processo de negociação e pactuação considerando as especificidades de cada Região de Saúde. Os Colegiados de Gestão Regional, conforme a portaria 399/GM 2006, são as instâncias de cogestão solidária e cooperativa, formadas pelos gestores municipais de saúde do conjunto de municípios de uma determinada região de saúde e por representantes dos gestores estaduais.⁷

A Política Estadual de Educação Permanente em Saúde tem o compromisso com a transformação das práticas de saúde, na perspectiva da aprendizagem significativa. A Política está institucionalizada por meio das Comissões de Integração Ensino-Serviço (CIES), com participação da gestão, instituições formadoras, profissionais de saúde e controle social, de forma regionalizada e articulada às Comissões Intergestoras Regionais (CIR). A Diretoria Geral de Educação na Saúde tem o papel de apoiar a estruturação e o desenvolvimento das CIES e dos Planos de Ação Regional para Educação Permanente em Saúde (PAREPS), a partir das necessidades de formação nas 12 Regionais de Saúde de Pernambuco.⁷

As Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES) são instâncias intersetoriais e interinstitucionais permanentes que participam da formulação, condução e desenvolvimento da Política Nacional de Educação Permanente. Em Pernambuco, a Política Estadual de Educação Permanente está institucionalizada por meio das CIES, contando com a participação da gestão, instituições formadoras e controle social de forma regionalizada e articulada às Comissões Intergestoras Regionais (CIR). Existem 12 CIES em Pernambuco, uma em cada Gerência regional.⁶

A Educação Permanente foi implementada como política de aprendizagem cotidiana, com peculiaridade analisadora dos serviços prestados, além de ser um meio de transformação das práticas profissionais exercidas. A EPS leva em consideração o contexto em que está inserida, as dificuldades locais e o reconhecimento das experiências profissionais. A complexidade da problemática do processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família implicam em necessidades de formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde. Estas necessidades estão pautadas também nas instâncias demonstradas pelos usuários, quando este grupo expõe suas carências e exige um maior e melhor acompanhamento das adversidades enfrentadas.⁹

O desenvolvimento do conhecimento baseado na EPS funciona por meio de reflexões sucedidas pelos profissionais, nas quais analisam seus desempenhos e recebem a oportunidade de requalificá-los. Os conhecimentos passam a ser adquiridos também quando em prática existe a participação total em equipe, proporcionando a subjetividade e a troca de saberes e experiências. A formação de grupos interdisciplinares para o compartilhamento de conhecimentos é uma estratégia de reflexão das práticas desenvolvidas e uma possibilidade de identificação dos principais desprovimentos quanto à assistência prestada.¹⁰

Atuando em conjunto com a rede analisadora do processo de trabalho, a EPS permite escolher uma metodologia ativa de ensino-aprendizagem que caracteriza e define a contextualização das diferentes realidades vividas pelos profissionais envolvidos. Após a identificação e sistematização dos fatos, os envolvidos podem ser responsabilizados e desenvolvem o aprendizado e o trabalho em cogestão.¹⁰

Segundo Ceccim RB e Ferla AA¹⁰, as ações de EPS funcionam como um mediador entre a formação profissional e as evidências científicas, sendo esta uma política de aprendizagem no trabalho, segundo, atuam também como gerentes do processo de aprendizagem, despertando reflexão crítica acerca da resignificação das práticas de saúde. Existe ainda o compromisso de motivar o profissional a inteirar-se à novas tecnologias que permitem contemporâneas e melhores condições de trabalho dilatando as dimensões do saber técnico científico.

Diante dos aspectos mencionados, a abordagem das ações de educação permanente necessita de uma atenção singular, este estudo posiciona-se como uma abertura para as novas descobertas acerca da temática, levando em consideração as particularidades de cada gerência regional.

II. OBJETIVOS

2.1. Geral

Analisar o desenvolvimento das ações de educação permanente nas I, IV e VII Gerências Regionais de Saúde do estado de Pernambuco no âmbito da atenção básica, sob a percepção dos gestores.

2.2. Específicos

- Identificar o conhecimento dos gestores das I, IV e VII Gerências Regionais de Saúde acerca do Política Nacional de Educação Permanente (PNEP).
- Descrever as potencialidades e as dificuldades enfrentadas na execução das atividades de Educação Permanente nas I, IV e VII Gerências Regionais de Saúde de Pernambuco.
- Retratar a execução do Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde (PAREPS) nas I, IV e VII Gerências Regionais de Saúde de Pernambuco.

III. METODOLOGIA

3.1. Desenho do estudo

Trata-se de um estudo analítico com abordagem qualitativa, sendo este um recorte do estudo de mestrado profissional em educação para o ensino em saúde intitulado Percepção dos gestores da Educação Permanente nas regionais de saúde no estado de Pernambuco desenvolvidas na atenção primária. A pesquisa qualitativa valoriza a subjetividade individual, permitindo o estabelecimento de fatores de determinados fenômenos a partir da perspectiva analítica do real, ampliando assim o entendimento sobre o objeto de estudo. Este método capta ainda a percepção dos entrevistados para ampliar a compreensão da realidade vivida pelos respondentes e aprofunda a questão de como as pessoas percebem os fenômenos estudados¹¹.

3.2. Local do estudo

O estudo foi realizado na sede das Gerências Regionais de Saúde (I, IV e VII GERES), sendo estas respectivamente Recife, Caruaru e Salgueiro.

A sede da I Gerência Regional de Saúde localiza-se em Recife-PE, Brasil. Esta apoia e fornece subsídios necessários para dezenove municípios de Pernambuco e mais a Ilha de Fernando de Noronha. Considerada uma região de grande desenvolvimento e abriga toda a Região Metropolitana do Recife (RMR)¹². A opção por incluir a I GERES justifica-se pela mesma abranger os municípios da região metropolitana do Recife e está inserida na capital do estado.

A sede da IV Gerência Regional de Saúde situa-se em Caruaru-PE, Brasil. Esta compreende trinta e dois municípios no agreste do estado de Pernambuco, isto é, abrange o maior número de municípios¹². Com a missão de gerenciar a política regional de saúde, a partir do conhecimento do município, do território e da região. Por possuir o maior número de municípios entre todas as GERES, esta foi escolhida.

A sede da VII Gerência Regional de Saúde localiza-se em Salgueiro-PE, Brasil. Esta dispõe de sete municípios localizados na mesorregião do sertão pernambucano. O pilar de atuação desta gerência é a conscientização da população para os pequenos cuidados que podem prevenir doenças¹². A escolha desta GERES, apoia-se no seu

número de municípios, sendo esta a menor em quantidade e por sua localização no interior do estado de Pernambuco, estando mais distante da capital.

3.3. Período do estudo

O estudo foi desenvolvido de agosto de 2019 a maio de 2020.

3.4. População de estudo

A população foi composta pelos profissionais responsáveis pelo desenvolvimento e articulação das ações de educação permanente nas sedes das Gerências Regionais de Saúde, totalizando três entrevistados. A opção por incluir a I GERES justifica-se pela mesma abranger os municípios da região metropolitana do Recife, estando mais próxima ao nível central e por sua estrutura organizacional ser rigorosa no desenvolvimento de suas atividades. A inclusão da IV GERES fundamenta-se por esta conter o maior número de municípios traduzindo-se, em princípio, em maior desafio para a organização e desenvolvimento das ações de educação permanente. A escolha da VII GERES, apoiou-se no fato de conter o menor número de municípios, o que poderia contar com uma melhor estruturação da educação permanente, como também por sua localização no interior do estado de Pernambuco¹².

3.5. Procedimento para coleta de dados

Os dados foram retirados do banco de dados da dissertação de mestrado intitulada Percepção dos gestores da Educação Permanente nas regionais de saúde no estado de Pernambuco desenvolvidas na atenção primária, do autor Carlos Henrique Tenório Almeida do Nascimento. Por meio de entrevista semiestruturada os participantes puderam dar suas contribuições, a partir de um roteiro norteador (Apêndice II), enfatizando o conhecimento acerca da temática, o reconhecimento e identificação das ações de educação permanente, as dificuldades e a execução do PAREPS. Cada entrevista teve a duração média de trinta minutos, sendo conduzida após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Todos os participantes foram orientados sobre a voluntariedade e informados que teriam as falas gravadas durante a entrevista, conforme explícito no TCLE (Apêndice I). Foi entregue duas vias do TCLE, para que o entrevistado e uma testemunha assinasse o documento, ficando uma com o entrevistado e outra via com o pesquisador. Em

seguida, os aspectos éticos de pesquisas com seres humanos foram esclarecidos, visto que todas as informações fornecidas se manterão preservadas e utilizadas apenas como fim de pesquisa. Também foi assegurado a possibilidade de desistência a qualquer momento, pelo participante, independente da causa. Ressaltou-se aos participantes que além das gravações das falas, posteriormente estas seriam transcritas e analisadas.

3.6. Processamento e análise dos dados

Com o material coletado, foi realizada a análise de conteúdo proposta por Bardin, relativa as ações de educação permanente, desenvolvidas pelas I, IV e VII gerências regionais de saúde. Na análise o pesquisador buscou compreender características, estruturas ou modelos que estão por trás dos fragmentos das mensagens¹¹. Faz-se necessário seriedade e empenho do pesquisador para que a leitura do conteúdo seja enriquecida.

O reconhecimento do conteúdo foi executado por análise de categorias, a pré-análise teve início através de uma leitura breve logo após as transcrições das entrevistas, esta fase caracterizou-se pelo primeiro contato com os documentos que serão submetidos à análise, obedecendo às regras de exaustividade, representatividade, homogeneidade, pertinência e exclusividade¹¹. Na exploração do material, ou segunda etapa da análise dos dados, foram definidas as unidades de classificação dos dados. Derivadas das falas dos entrevistados, foram identificadas as seguintes categorias: Base conceitual sobre educação permanente; Execução do PAREPS; Ações de educação permanente; Potencialidades e Dificuldades. No tratamento dos resultados, buscou-se enfatizar as informações correspondentes aos objetivos de pesquisa.

3.7. Aspectos éticos

Foram levadas em consideração as orientações da Resolução N° 510 de 7 de abril de 2016, entre elas o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que representa a anuência do participante à pesquisa, livre de fraudes, erros e simulações, além do resguardo das informações colhidas, sem acarretar prejuízos aos participantes da pesquisa¹³. Para garantir o anonimato, os participantes foram denominados como Girassol, Margarida e Orquídea. A coleta de dados procedeu-se somente após aprovação

pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Pernambucana de Saúde, com parecer de número 3.159.941 (Anexo I). Os entrevistados foram esclarecidos previamente sobre o objetivo da pesquisa, bem como seus riscos e benefícios. O início da captação dos dados só aconteceu após assinatura do TCLE, o qual assegura a garantia do sigilo quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa, bem como direito à liberdade de se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização ou prejuízo algum, conforme exigência da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, de acordo com a resolução N° 510/16. CAAE: 03091518.7.0000.5569.

3.8. Riscos e benefícios

Os riscos que envolveram a execução da pesquisa foram mínimos, podendo ser citados o constrangimento dos sujeitos durante a realização das entrevistas e a utilização de tempo livre dos entrevistados. O pesquisador esteve atento as possibilidades de danos aos participantes, tomando as medidas necessárias para protegê-los nas situações em que suas autonomias são limitadas, reconhecendo assim sua vulnerabilidade. Os benefícios revelaram-se variados, entre a eles destaca-se a identificação das principais dificuldades que impedem um bom direcionamento da Política de Educação Permanente.

IV. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e discussão serão apresentados em formato de artigo original, a ser submetido à Revista de Atenção Primária à Saúde com classificação B3 no CAPES QUALIS.

Educação permanente no âmbito da atenção primária: Percepção dos gestores

Permanent education in the scope of primary care: Perception of managers

Emília Beatriz dos Santos Souza¹, Paloma Maria Oliveira de Almeida²,
Reneide Muniz da Silva³

RESUMO

Introdução: A educação permanente é uma proposta ético-político-pedagógica que visa qualificar a atenção à saúde. **Objetivo:** Analisar a percepção dos gestores sobre as ações de educação permanente âmbito da atenção primária nas I, IV e VII gerências regionais de saúde do estado de Pernambuco. **Método:** Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa, sendo este um recorte do estudo de mestrado profissional. **Resultados:** Foram definidas quatro categorias, sendo entrevistados os responsáveis pela educação permanente nas Regionais I, IV e VII. **Discussão:** encontramos dificuldades como o subfinanciamento e potencialidades que ajudam a firmar o pilar da educação permanente, sob orientação da qualidade da atenção e do acesso aos serviços de saúde. **Considerações Finais:** As gerências enfrentam problemas semelhantes, elucidando aqueles que impossibilitam o desempenho de seus papéis. Portanto, recomenda-se a realização de novos estudos sobre o tema.

Palavras-chaves: Atenção Primária em Saúde 1. Educação em Saúde 2. Sistema Único de Saúde 3.

ABSTRACT

Introduction: Continuing education is an ethical-political-pedagogical proposal to qualify health care. **Objective:** To analyze the perception of managers about the actions of permanent education in the scope of primary care in the I, IV and VII regional health managers of the state of Pernambuco. **Method:** This is a descriptive study with a qualitative approach, being this a cutout of the professional master's degree study. **Results:** Four categories were defined, and those responsible for permanent education in Regional I, IV and VII were interviewed. **Discussion:** We found difficulties such as underfunding and potentialities that help to establish the permanent education pillar, under the guidance of quality of care and access to health services. **Final Considerations:** Management faces similar problems, elucidating those that make it impossible to perform their roles. Therefore, further studies on the subject are recommended.

Keywords: Primary Health Care 1. Health Education 2. Single Health System 3.

INTRODUÇÃO

A educação permanente é uma estratégia para a construção de novas práticas em saúde. Este recurso auxilia o profissional no fortalecimento dos seus conhecimentos e numa maior e mais segura aplicação do cuidado. É relevante o impacto das ações de educação permanente, os mesmos são contribuintes para a construção das competências da assistência saúde, onde se aplicam as técnicas nos seres humanos e são susceptíveis a eventos adversos.¹

A Educação Permanente em Saúde (EPS) é uma proposta ético-político-pedagógica que visa transformar e qualificar a atenção à saúde, os processos formativos e as práticas de educação em saúde. É uma estratégia mais efetiva de instruir os trabalhadores e a gestão na forma de atenção à saúde.²

A Política Nacional de Educação Permanente (PNEP) foi desenvolvida pelo Ministério da Saúde através da Portaria GM/MS 1996, visando efetivar relações orgânicas entre ensino, ações, serviços, docência e atenção à saúde, ampliando-se ainda para as relações entre formação e gestão setorial, desenvolvimento institucional e controle social em saúde. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde deve considerar as especificidades regionais, incluindo as desigualdades, as necessidades de formação e a oferta institucional de ações formais de educação na saúde.²

A Política Estadual de Educação Permanente em Saúde tem o compromisso com a transformação das práticas de saúde, na perspectiva da aprendizagem significativa. A Política está institucionalizada por meio das Comissões de Integração Ensino-Serviço (CIES), com participação da gestão, instituições formadoras, profissionais de saúde e controle social, de forma regionalizada e articulada às Comissões Intergestoras Regionais (CIR). A Diretoria Geral de Educação na Saúde tem o papel de apoiar a estruturação e o desenvolvimento das CIES e dos Planos de Ação Regional para Educação Permanente em Saúde (PAREPS), a partir das necessidades de formação nas 12 Regionais de Saúde de Pernambuco.²

As Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES) são instâncias intersetoriais e interinstitucionais permanentes que participam da formulação, condução e desenvolvimento da Política Nacional de Educação Permanente. Em Pernambuco, a Política Estadual de Educação Permanente está institucionalizada por

meio das CIES, contando com a participação da gestão, instituições formadoras e controle social de forma regionalizada e articulada às Comissões Intergestoras Regionais (CIR). Existem 12 CIES em Pernambuco, uma em cada Gerência regional.³

A complexidade da problemática do processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família implicam em necessidades de formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde. Estas necessidades estão pautadas também nas instâncias demonstradas pelos usuários, quando este grupo expõe suas carências e exige um maior e melhor acompanhamento das adversidades enfrentadas.⁴

Os conhecimentos passam a ser adquiridos também quando em prática existe a participação total em equipe, proporcionando a subjetividade e a troca de saberes e experiências. A formação de grupos interdisciplinares para o compartilhamento de conhecimentos é uma estratégia que possibilita a escolha de uma metodologia ativa de ensino.

Diante dos aspectos mencionados, a abordagem explícita necessita de uma atenção singular, este estudo posiciona-se como uma entrada para as novas descobertas acerca da temática, levando em consideração as particularidades regionais.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa, sendo este um recorte do estudo de mestrado profissional em educação para o ensino em saúde: Percepção dos gestores da Educação Permanente nas regionais de saúde no estado de Pernambuco desenvolvidas na atenção primária.

O estudo foi realizado na sede das Gerências Regionais de Saúde (I, IV e VII), sendo estas respectivamente Recife, Caruaru e Salgueiro. A sede da I Gerência Regional de Saúde localiza-se em Recife-PE, Brasil. Esta apoia e fornece subsídios necessários para dezenove municípios de Pernambuco e mais a Ilha de Fernando de Noronha. Considerada uma região de grande desenvolvimento e abriga toda a Região Metropolitana do Recife (RMR)⁵. A opção por incluir a I GERES justifica-se pela mesma abranger os municípios da região metropolitana do Recife, estando inserida na capital do estado.

A sede da IV Gerência Regional de Saúde situa-se em Caruaru-PE, Brasil. Esta compreende trinta e dois municípios no agreste do estado de Pernambuco. Com a missão de gerenciar a política regional de saúde, a partir do conhecimento do município, do território e da região⁵. Por possuir o maior número de municípios entre todas as GERES, esta foi escolhida.

A sede da VII Gerência Regional de Saúde localiza-se em Salgueiro-PE, Brasil. Esta dispõe de sete municípios localizados na mesorregião do sertão pernambucano. A propensão de escolha para esta GERES, apoia-se no seu número de municípios, sendo esta a menor em quantidade e por sua localização no interior do estado de Pernambuco, estando mais distante da capital. O estudo foi desenvolvido de agosto de 2019 a maio de 2020.

A população do estudo foi composta pelos profissionais responsáveis pelo desenvolvimento e articulação das ações de educação permanente nas sedes das Gerências Regionais de Saúde. Os dados foram retirados do banco de dados da dissertação de mestrado intitulada Percepção dos gestores da Educação Permanente nas regionais de saúde no estado de Pernambuco desenvolvidas na atenção primária, do autor Nascimento¹⁶. Por meio de entrevista os entrevistados puderam dar suas contribuições a partir de um roteiro norteador dando ênfase no reconhecimento das ações de educação permanente, nas dificuldades e no PAREPS. Todos os participantes foram informados que teriam todas as falas gravadas durante a entrevista, conforme explícito no TCLE.

Com o material coletado, foi realizada análise de conteúdo proposta por Bardin, relativa as ações de educação permanente, desenvolvidas pelas I, IV e VII gerências regionais de saúde. Foram levadas em consideração as orientações da Resolução N° 510 de 7 de abril de 2016, entre elas o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A coleta de dados procedeu-se somente após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Pernambucana de Saúde, com parecer de número 3.159.941, CAAE: 03091518.7.0000.5569.

Os riscos que envolveram a execução da pesquisa foram mínimos, podendo ser citados o constrangimento dos sujeitos durante a realização das entrevistas e a utilização de tempo dos entrevistados. Os benefícios revelaram-se variados, entre a eles

destaca-se a identificação das principais dificuldades que impedem um bom direcionamento da Política de Educação Permanente.

RESULTADOS

Foram entrevistados três gestores responsáveis pela educação permanente nas gerências regionais de saúde. Pertencem as categorias profissionais enfermeiros e assistente social. Apenas um possuía titulação de mestre e os demais possuíam mais de uma especialização. Os três exercem função de coordenadores dentro das GERES, dois são também coordenadores da CIES. Um dos entrevistados atua como membro da comissão de educação permanente. Os gestores possuem idades que variam de 27 a 56 anos. Através da análise da fala dos entrevistados, foram derivadas as quatro categorias a seguir:

Base conceitual sobre educação permanente

A importância em possuir um conhecimento mínimo por parte dos gestores em relação ao tema, projeta o sucesso na implementação das ações de educação permanente. Observa-se então que o conceito é um elemento imprescindível para o desenvolvimento da dinâmica de educação permanente, o que fica representado nos depoimentos a seguir:

É o constante aperfeiçoamento e investimento no profissional, eu acho que basicamente se fosse para resumir seria isso, uma constante formação, trabalho, discussão, trocas de experiências [...]. **Girassol**

Na minha visão a educação permanente são as possibilidades que são ofertadas aos trabalhadores em saúde de manter-se atualizados, de manter-se em fóruns de discussões que dizem respeito ao cotidiano dos processos de trabalho dos trabalhadores em saúde [...]. **Margarida**

[...] eu entendo como o aprimoramento das práticas e dos processos de trabalho no trabalho [...] é como a gente tem atuado sempre pensando nessa formação continuada, ou seja, permanente no espaço ocupacional [...]. **Orquídea**

Encontrou-se ainda um relato onde é possível visualizar a falta de valorização sobre a educação.

[...] fazer educação hoje no Brasil não é fácil. Não é educação continuada, não é educação para o SUS, é educação! Porque eu não vejo a educação sendo valorizada. **Margarida**

Execução do PAREPS

Segundo os depoimentos descritos abaixo, os participantes retratam a execução do Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde, evidenciou-se a diferentes níveis de implantação do PAREPS e uma sugestão para que o mesmo seja repensado.

A gente não tem PAREPS, não temos implantado ainda aqui. Então assim, ainda tem essa questão porque pelo Regimento da CIES tem que ser aprovado em reunião da CIES, só que a gente não tem uma cics oficialmente instituída então, quem são esses membros da cics que vão aprovar o PAREPS? **Girassol**

Eita! Eu diria aqui o PAREPS precisa ser repensado. Eu penso e a gente tem conversado muito isso na regional e agora é um bom momento talvez da gente repensar o PAREPS com certeza. **Orquídea**

Apesar do relato sobre a ausência do Plano, havendo a sugestão para que o PAREPS fosse repensado, destaca-se que uma gerência discutiu bem o plano. Nesta GERES o PAREPS tem contribuído com os direcionamentos dados.

Oh, o PAREPS da nossa regional ele foi assim [...] bem discutido sabe? O PAREPS ele foi pautado, eu acho que o pessoal da Secretaria Estadual de Saúde se preocupa lá com a renovação. Eu acho que ele corrobora muito com os direcionamentos que a gente consegue dar aqui na regional. **Margarida**

Ações de educação permanente em saúde

O material encontrado revela que as ações de EPS são direcionadas aos profissionais da área da saúde, sendo citados aos agentes comunitários de saúde (ACS), os agentes de combate as endemias (ACE), os preceptores e os técnicos de enfermagem.

Desenvolvidas de fato pela GERES, recentemente teve o seminário de integração entre ACE e ACS e aí foi bem específico para atenção primária que foi desenvolvido pela cics em conjunto com as CIES mas tem a coordenação da atenção primária aqui da GERES [...]. **Girassol**

Não chega dois anos, faz um ano e meio [...] nós fizemos uma grande capacitação relativa à questão do Zika vírus e da microcefalia. E aí, a gente enxergou os técnicos de enfermagem. **Margarida**

Nós fizemos alguns encontros para conversar sobre rede de atenção psicossocial dentro das unidades de serviços de saúde, a gente tem feito discussões sobre arboviroses [...] E a gente também tem discutido muito as questões de preceptoria, a gente fez alguns encontros com os preceptores das residências que a regional tem, como a de saúde coletiva. **Orquídea**

Potencialidades e Dificuldades na execução das ações de educação permanente

As potencialidades apontadas ajudam a firmar o pilar da educação permanente, o qual facilita e proporciona aos gestores a identificação de recursos necessários para o alcance dos objetivos inerentes à educação.

A facilidade é quando a gente rompe com essas barreiras formais de usar processos de formação em sala de aula com cadeirinhas. **Orquídea**

Eu acho que facilidade é que Pernambuco conta com pessoas de grande entendimento e amor à causa, então isso facilita bastante. **Girassol**

As dificuldades evidenciam os desafios enfrentados pelos gestores no processo de trabalho e que impossibilitam a realização da EPS. O principal obstáculo apontado foi o subfinanciamento:

Pela experiência que eu tive aqui ano passado foi a questão do subfinanciamento mesmo da Política de Educação Permanente e aí dentro da gestão como um todo a educação permanente não é prioridade para os gestores, então a gente nunca conseguiu implantar o PAREPS. **Girassol**

A sensação que a gente tem, na verdade, é que a gente rema contra a maré, sabe? Porque muito pouco, a gente pode sem recurso sabe [...] a gente nunca teve recurso [...]. **Margarida**

Foram encontradas ainda dificuldades relacionadas a valorização profissional e demanda de trabalho, onde conseqüentemente os profissionais justificam a ausência de tempo hábil, conseqüentemente colocando a educação permanente em um quadro de ausência de prioridade:

Eu acho que uma das grandes dificuldades é essa a não valorização do profissional entre os municípios e os gestores, e eu acho que isso é muito da sobrecarga [...]. **Girassol**

Onde é que eu vou colocar a educação permanente nessa história? Ela vai ficar sempre pra outro plano, porque acaba que ela não entra nas prioridades. **Orquídea**

Questionou-se sobre o recurso financeiro não corresponder às demandas essenciais relacionadas ao quantitativo populacional. Observou-se que, dentre os desafios para as ações de educação permanente é indispensável o repasse adequado de recursos humanos e financeiros, este último conhecido como teto mínimo.

[...] os municípios receberam um teto mínimo para educação permanente que varia de nove a doze, treze mil reais. Aí, eu pergunto a você, meu amigo, o que se vai fazer com nove mil reais, treze mil reais dentro de um município de oitenta mil habitantes [...] para capacitar seus trabalhadores? Quando a gente sabe que existe um teto mínimo para a capacitação individual de um trabalhador de saúde. Então o que a gente faz? [...] **Margarida**

[...] o recurso que foi dispensado esses dias para os processos de formação contínua, chegou um tiquinho de dinheiro tão pouco e que é impossível pensar isso. **Orquídea**

DISCUSSÃO

Um dos pilares de sustentação do SUS é a formação de seus trabalhadores. Seguindo essa premissa, o Brasil instituiu a PNEP como a principal estratégia de formação e desenvolvimento dos trabalhadores⁶. A Educação Permanente em Saúde (EPS) é compreendida como um conceito pedagógico que relaciona ensino, serviço, docência e saúde, contribuindo para o desenvolvimento profissional, a gestão setorial e o controle social^{7,8}.

A análise da educação permanente nas I, IV e VII Gerências Regionais de Saúde do estado de Pernambuco, revelou informações consideráveis para o aperfeiçoamento da dinâmica de educação permanente. Os gestores carregam consigo uma demanda elevada de trabalho, uma vez que não atuam apenas como coordenadores das CIES, desempenhando ainda outros papéis dentro das GERES, como coordenadores de saúde mental, planejamento e regulação.

Os profissionais contribuem positivamente à sua GERES no que diz respeito aos seus entendimentos relacionados a base conceitual da educação permanente. O conceito pôde ser visto e definido de formas bastante similares em um contexto bastante homogêneo, no qual os profissionais compreendem como educação no, pelo

e para o trabalho, busca-se a transformação do processo de trabalho, sob orientação da qualidade da atenção e do acesso aos serviços de saúde. Segundo Pedroso VG^{9,10}, as deliberações das Conferências Nacionais de Saúde e de Recursos Humanos possibilitaram estabelecer alguns limites conceituais, metodológicos e contextuais entre educação continuada e educação permanente em saúde, prevalecendo e consagrando, na política nacional, a terminologia educação permanente.

De acordo com Andrade SR¹¹, a proposta de Educação Permanente em Saúde tem sido utilizada no aperfeiçoamento de mecanismos participativos, respeitando o conhecimento dos profissionais e ampliando os espaços de aprendizagem no próprio local de trabalho, o que corrobora com os achados já que se trata de uma política e além da transformação das práticas em saúde, a educação permanente em objetiva o fortalecimento do SUS, com ações intra e intersetoriais em instituições de ensino e saúde.

Uma GERES não dispõe do Plano de Ação Plano Regional de Educação Permanente em Saúde por não possuir o quórum e as categorias exigidos pelo regimento e outra não o executava de maneira adequada, sugerindo inclusive sua renovação. Segundo a publicação do Ministério da Saúde¹² no ano de 2018, na 1ª edição do manual “Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento? ”, o PAREPS atua em articulação com atores estratégicos, tornando-se essencial para a consolidação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, em cooperação ao que diz na portaria de nº 1.996 de 20 de agosto de 2007 do Ministério da saúde. A execução do plano em uma gerência é bastante significativa, o que comprova seu aporte diante da sua aplicabilidade no dia a dia em meio as ações de educação permanente.

O PAREPS funciona como o norteador das atividades desenvolvidas, além de ser um meio de sustentação da estratégia de trabalho nas CIES. Sua aplicabilidade está voltada à organização e estruturação dos espaços de implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) em âmbito regional. O fortalecimento dessa atuação está extremamente afetado quando a proposta dos temas lançados ocorre de forma vertical, não sendo escolhidos após realização do diagnóstico

de necessidade local, atendendo assim um pedido que parte da gestão e não dos profissionais de saúde, não sendo escolhidos após realização do diagnóstico de necessidade local.

Diante da sugestão de repensar o plano, fica evidente que os gestores lidam com particularidades diversas para poder manter o plano na ativa. As questões coletivas, de participação nas reuniões mensais estão sendo colocadas de lado devido ao mau funcionamento do plano. Os profissionais atuam primeiramente naquilo que é prioridade para a gestão estadual como um todo, o que de antemão seria a assistência direta aos pacientes, portanto, presume-se que esta falha teve início a nível central da gestão e atinge aos profissionais da ponta.

A escolha dos ACS como preferência para propiciar essas atividades de educação permanente foi de suma importância devido ao papel desempenhado pelos mesmos na atenção primária à saúde. Santana¹⁴ reconhece e preconiza que os ACS possam fazer parte da ESF, recomendando que eles se “comuniquem com os demais profissionais, que conheçam suas próprias atribuições e competências e também as competências dos outros membros da equipe”.

Em conformidade com Rossetto¹⁵, a EPS é vista como uma das estratégias de intervenção para a transformação dessa realidade. Esta consideração tem como base a compreensão de que a EPS é uma das formas de mudanças proativas no processo de trabalho do ACS, pois esta, entre seus preceitos, é concebida e articula-se na problematização da realidade dos sujeitos, tendo como base a aprendizagem significativa. Ou seja, a EPS parte dos questionamentos do meio social dos atores deste processo e os considera agentes ativos no processo de aprendizagem.

Os preceptores e os técnicos de enfermagem podem ser identificados como profissionais importantes para participação nas ações de educação permanente, posto que esses possuem grandes necessidades de atualizações devido a sua relação habitual com o paciente ou usuário. Com isso permite-se refletir sobre as prioridades da política, visualizando aqueles profissionais que desenvolvem diretamente intervenções em saúde.

Surgiram informações que revelam adversidades para um bom funcionamento da política, assim como os facilitadores da educação permanente. Uma potencialidade encontrada foi o rompimento das barreiras formais de ensino, uma vez que os profissionais puderam vivenciar o aprendizado teórico na prática. A partir do momento em que estes profissionais foram retirados de uma sala de aula tradicional, assumiram o papel de protagonista de seu aprendizado.

A Política de Educação Permanente é algo que parte do entendimento dos profissionais dentro do sistema de saúde, porém, sua maior problemática está implantada a nível nacional, evidenciada pela sua desvalorização e conseqüentemente atingindo as regionais. Os pensamentos oriundos das necessidades locorregionais são divergentes com o teto mínimo proposto para a educação permanente nos municípios.

Com a necessidade de estimular, acompanhar e fortalecer a qualificação dos profissionais da saúde, por meio da Portaria GM/MS nº 3.194, de 28 de novembro de 2017, foi instituído o Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde (PRO EPS-SUS), sendo um de seus objetivos a disponibilização do repasse financeiro via Fundo a Fundo, por meio do Bloco de Custeio¹⁶.

A principal dificuldade encontrada foi o subfinanciamento, corroborando com a dissertação conduzida por Nascimento¹⁷, em 2019, no qual verificou um dimensionamento inadequado de recursos humanos e de investimentos financeiros. Representa também, um meio de instabilidade para a realização das Intervenções de Educação Permanente, o que remete aos profissionais a ideia de não haver prioridade aos interesses dos gestores, ou seja, a distância entre o que preconiza o Plano Estadual de Educação Permanente em Pernambuco (PEPS) e às ações que deveriam ser desenvolvidas na Atenção Primária. Atrelado ao subfinanciamento, aponta-se ainda outras problemáticas de fortalecimento como a sobrecarga de trabalho dos profissionais. Além das questões levantadas pelos entrevistados, existe ainda a emenda constitucional nº 95¹⁸, tratando-se de uma limitação dos gastos governamentais durante 20 anos. Esta medida justifica a ausência de recursos voltados para a educação,

para muitos essa foi considerada um ponto de partida indispensável no equilíbrio das contas públicas.

CONCLUSÃO

As GERES enfrentam questões associadas às suas particularidades. Como por exemplo, a quantidade de municípios e localização influenciam diretamente em sua organização. As GERES de maior número de municípios possuem dificuldades devido ao subfinanciamento para o desenvolvimento das ações, apesar de estar localizada numa região central. A gerência de menor quantidade de municípios busca atender suas necessidades, em meio a uma importante limitação que é a distância da capital.

Os gestores apresentam conhecimento acerca da temática abordada, embora muitas vezes, ocorre divergência sobre o entendimento do conceito de educação permanente com educação continuada. Quanto as questões relacionadas às experiências e saberes, são considerados satisfatórios para as atuações envolvidas no trabalho. Entretanto, apontam as principais situações vivenciadas no dia a dia, tendo em mente aquela que mais os deixam impossibilitados de desempenhar e desenvolver suas funções.

As ações de educação permanente são desenvolvidas conforme as possibilidades e desafios da gestão. O trabalho desenvolvido em parceria com as secretarias municipais de saúde, permite o aproveitamento máximo dessas ações e sua expansão visando alcançar grande parte dos trabalhadores da atenção primária. As ações são direcionadas para os técnicos de enfermagem, os preceptores e os agentes comunitários de saúde, ressaltando o papel importante que estes atores possuem no cenário da atenção básica.

As falhas encontradas em relação ao PAREPS ressaltam um contexto inadequado no funcionamento do mesmo e os próprios idealizadores sugerem sua reforma. A ausência do PAREPS atrapalha os possíveis resultados positivos do processo, assim como a ausência de uma base sólida no funcionamento das CIES. A importância do repasse financeiro adequado e suficiente é primordial para o desenvolvimento e progressão do processo de ensino no trabalho, sendo este considerado um assunto

pouco observado e explorado, ao ponto de tornar-se ausente, levando em consideração o tempo, exigindo assim, inúmeras discussões a nível central, de onde provavelmente poderiam surgir decisões de melhoria e aperfeiçoamento para uma evolução positiva do processo de implantação e/ou consolidação do PAREPS. Ressalta-se que, o subfinanciamento é a principal adversidade para o sucesso das ações de educação permanente em saúde.

REFERÊNCIAS

1. Lemos CLS. Educação Permanente em Saúde no Brasil: educação ou gerenciamento permanente? *Ciência & Saúde Coletiva*. 2016; 21(3):913-922.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html.
3. Secretaria Estadual de Saúde do estado de Pernambuco. Secretaria executiva de coordenação geral. [fevereiro de 2018]. Disponível em: <http://portal.saude.pe.gov.br/secretaria-executiva/secretaria-executiva-de-coordenacao-geral>
4. Sarreta FO. Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS. São Paulo: Editora UNESP, 2009.
5. Secretaria Estadual de Saúde do estado de Pernambuco. I Gerência Regional de Saúde (I Gerês). [fevereiro de 2018]. Disponível em: <http://portal.saude.pe.gov.br/unidades-de-saude-e-servicos/secretaria-executiva-de-coordenacao-geral/i-geres>.
6. Lima SAV, Albuquerque PC, Wenceslau LD. Educação permanente em saúde segundo os profissionais da Gestão de Recife, Pernambuco. *Trab Educ Saúde* 2014; 12(2):425-441.
7. Lemos M, Fontoura M. A integração da educação e trabalho na saúde e a Política de Educação Permanente em Saúde do SUS-BA. *Rev Baiana Saúd Púb* 2009; 33(1):113-120.
8. França T, Medeiros KR, Belisario SA, Garcia AC, Pinto ICM, Castro JL, et al. Política de Educação Permanente em Saúde no Brasil: a contribuição das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2017 [cited 2017 Jul 12]; 22(6):1817-28. Available from <http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n6/1413-8123-csc-22-06-1817>.
9. Pedroso VG. Aspectos conceituais sobre educação continuada e educação permanente em saúde. *Mundo Saúde*. 2005;29(1):88-93.
10. Peduzzi M, Guerra DAD, Braga CP, Lucena FS, Silva JAM. Atividades educativas de trabalhadores na atenção primária: concepções de educação permanente e educação continuada em saúde presentes no cotidiano de Unidades Básicas de Saúde em São Paulo. *Interface*. 2009;13(30):121-34.
11. Andrade SR, Meirelles BHS, Lanzoni GMM. Educação Permanente em Saúde: atribuições e deliberações à luz da política nacional e do pacto de gestão. *O Mundo da Saúde*, 2011, 35(4): 373-381.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Planejamento das Ações de Educação Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde: Orientações. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoes_planejamento_acoes_educacao_permanente.pdf

13. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. [Internet]. Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html
14. Santana JCB, Vasconcelos AL, Martins CV, Barros JV, Soares JM, Dutra BS. Agente comunitário de saúde: percepções na estratégia da saúde da família. *Cogitare Enferm.* 2009;14(4):645-52.
15. Rossetto M, Silva LAA. Ações de educação permanente desenvolvidas para os agentes comunitários de saúde. [dissertação]. Paraná: Universidade Federal do Paraná; 2010.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Manual Técnico 2018: Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no SUS PRO EPS-SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_pro_eps_sus.pdf
17. Nascimento CHTA. Percepção dos gestores da educação permanente sobre as ações desenvolvidas nas gerências regionais de saúde do estado de Pernambuco. [dissertação]. Recife: Faculdade Pernambucana de Saúde; 2019.
18. BRASIL. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias para instituir o Novo Regime Fiscal e dá outras providências. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm

V. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A importância em desenvolver este trabalho deve-se ao reconhecimento da conjuntura de incentivo e melhoria das práticas em saúde no âmbito da atenção básica. A constatação das causas que agem diretamente sobre o fenômeno da Educação Permanente na atenção primária, nos traz a possibilidade de tomar providências para preencher as lacunas deixadas pelo funcionamento carente desta dinâmica nas GERES.

A Gestão da Atenção Primária torna-se fortalecida ao ampliar suas perspectivas e vislumbrar novas possibilidades de recursos voltados para o desenvolvimento e o engajamento dos profissionais nas atividades de educação permanente. Os Gestores buscam articular as ações de educação permanente em meio às grandes causas que os impossibilitam de desempenhar suas funções. Deve-se ressaltar o conhecimento e a valorização como bases importantes para estruturação do cenário atual da educação permanente no estado de Pernambuco. O conhecimento dos gestores em relação a temática permite que ocupem suas atuais funções de maneira satisfatória.

Os agentes comunitários de saúde, preceptores e técnicos de enfermagem, estimados como público alvo relevante pela importância no desempenho de suas funções. O subfinanciamento promove a maior adversidade no contexto de realização das ações de educação permanente. O financiamento por sua vez, proporcionaria variadas possibilidades de investimento em ações que permitiriam o sucesso do processo de aprendizagem no trabalho.

VII. LIMITAÇÕES, SUGESTÕES E RECOMENDAÇÕES

Pode-se considerar como uma das limitações não ter sido encontrado estudos similares sobre a dimensão Percepção dos Gestores, sugere-se que sejam desenvolvidos outros estudos com este critério possibilitando assim, atualizações sobre o tema.

É relevante disseminar que, a implementação de propostas de educação permanente sejam construídas a partir dos problemas encontrados na realidade do trabalho, portanto, preconiza-se que as ações do processo de trabalho, de gestão, atenção e educação possam ser desenvolvidas de forma articulada e que, assim projetadas e executadas, possam ser concomitantemente fortalecidas.

Recomenda-se ressaltar a necessidade em potencializar as ações de educação permanente em saúde na atenção primária, visando contribuir para atenção integral à saúde das coletividades.

REFERÊNCIAS

1. Aguiar ZN. SUS: Sistema Único de Saúde: antecedentes, percurso, perspectivas e desafios. São Paulo: Editora Martinari. 2005
2. Brasil. Decreto n° 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei n° 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. Portal da Legislação: Leis Ordinárias. 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm.
3. Constituição da República federativa do Brasil de 1988, artigo 196, seção II da saúde.
4. Ministério da saúde (Brasil). Política Nacional de Atenção Básica. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>.
5. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria n° 2.488, de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html.
6. Secretaria Estadual de Saúde do estado de Pernambuco. I Gerência Regional de Saúde (I Geres). [fevereiro de 2018]. Disponível em: <http://portal.saude.pe.gov.br/unidades-de-saude-e-servicos/secretaria-executiva-de-coordenacao-geral/i-geres>.
7. Secretaria de Saúde do estado de Pernambuco. Plano diretor de Regionalização, 2011.
8. Lemos CLS. Educação Permanente em Saúde no Brasil: educação ou gerenciamento permanente? Ciência & Saúde Coletiva. 2016; 21(3):913-922.
9. Ministério da Saúde (Brasil). Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33856/396770/Pol%C3%ADtica+Nacional+de+Educa%C3%A7%C3%A3o+Permanente+em+Sa%C3%BAde/c92db117-e170-45e7-9984-8a7cdb111faa>
10. Sarreta FO. Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS. São Paulo: Editora UNESP, 2009.
11. Câmara HR. Análise de conteúdo: da teoria à prática em pesquisas sociais aplicadas às organizações. Rev Interinstitucional de Psicologia, 6 (2), jul - dez, 2013,179-191.
12. Secretaria Estadual de Saúde do estado de Pernambuco. Secretaria executiva de coordenação geral. [fevereiro de 2018]. Disponível em: <http://portal.saude.pe.gov.br/secretaria-executiva/secretaria-executiva-de-coordenacao-geral>
13. Brasil. Resolução N° 510, de 7 de abril de 2016. Brasília, DF; 2016. [Acesso em: 18 de junho de 2018]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html
14. Lemos CLS. Educação Permanente em Saúde no Brasil: educação ou gerenciamento permanente? Ciência & Saúde Coletiva. 2016; 21(3):913-922.
15. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria n° 2.488, de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html.

16. Secretaria Estadual de Saúde do estado de Pernambuco. Secretaria executiva de coordenação geral. [fevereiro de 2018]. Disponível em: <http://portal.saude.pe.gov.br/secretaria-executiva/secretaria-executiva-de-coordenacao-geral>
17. Sarreta FO. Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS. São Paulo: Editora UNESP, 2009.
18. Secretaria Estadual de Saúde do estado de Pernambuco. I Gerência Regional de Saúde (I Geres). [fevereiro de 2018]. Disponível em: <http://portal.saude.pe.gov.br/unidades-de-saude-e-servicos/secretaria-executiva-de-coordenacao-geral/i-geres>.
19. Lima SAV, Albuquerque PC, Wenceslau LD. Educação permanente em saúde segundo os profissionais da Gestão de Recife, Pernambuco. Trab Educ Saúde 2014; 12(2):425-441.
20. Lemos M, Fontoura M. A integração da educação e trabalho na saúde e a Política de Educação Permanente em Saúde do SUS-BA. Rev Baiana Saúd Púb 2009; 33(1):113-120.
21. França T, Medeiros KR, Belisario SA, Garcia AC, Pinto ICM, Castro JL, et al. Política de Educação Permanente em Saúde no Brasil: a contribuição das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço. Ciênc Saúde Colet [Internet]. 2017 [cited 2017 Jul 12]; 22(6):1817-28. Available from <http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n6/1413-8123-csc-22-06-1817>.
22. Pedroso VG. Aspectos conceituais sobre educação continuada e educação permanente em saúde. Mundo Saúde. 2005;29(1):88-93.
23. Peduzzi M, Guerra DAD, Braga CP, Lucena FS, Silva JAM. Atividades educativas de trabalhadores na atenção primária: concepções de educação permanente e educação continuada em saúde presentes no cotidiano de Unidades Básicas de Saúde em São Paulo. Interface. 2009;13(30):121-34.
24. Andrade SR, Meirelles BHS, Lanzoni GMM. Educação Permanente em Saúde: atribuições e deliberações à luz da política nacional e do pacto de gestão. O Mundo da Saúde, 2011, 35(4): 373-381.
25. Brasil. Ministério da Saúde. Planejamento das Ações de Educação Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde: Orientações. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoes_planejamento_acoes_educacao_permanente.pdf
26. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. [Internet]. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html
27. Santana JCB, Vasconcelos AL, Martins CV, Barros JV, Soares JM, Dutra BS. Agente comunitário de saúde: percepções na estratégia da saúde da família. Cogitare Enferm. 2009;14(4):645-52.

- 28.** Rossetto M, Silva LAA. Ações de educação permanente desenvolvidas para os agentes comunitários de saúde. [dissertação]. Paraná: Universidade Federal do Paraná; 2010.
- 29.** Brasil. Ministério da Saúde. Manual Técnico 2018: Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no SUS PRO EPS-SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_pro_eps_sus.pdf
- 30.** Nascimento CHTA. Percepção dos gestores da educação permanente sobre as ações desenvolvidas nas gerências regionais de saúde do estado de Pernambuco. [dissertação]. Recife: Faculdade Pernambucana de Saúde; 2019.
- 31.** Brasil. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias para instituir o Novo Regime Fiscal e dá outras providências. Disponível em : http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm

APÊNDICE I - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (maiores de 18 anos)

Título: “Educação Permanente nas I, IV e VII Gerências Regionais de Saúde no âmbito da atenção primária: percepção dos gestores”.

Você está sendo convidada como voluntária a participar da pesquisa: “Educação Permanente nas I, IV e VII Gerências Regionais de Saúde no âmbito da atenção primária: percepção dos gestores”; cujo o objetivo principal é analisar a execução das intervenções de Educação Permanente desenvolvidas pelas Gerências Regionais de Saúde na esfera da atenção básica em suas regiões ; o procedimento utilizado para coleta de dados será a aplicação de entrevistas semiestruturadas de acordo com roteiro norteador, que contemplará alguns dados pessoais do entrevistado, o seu conhecimento acerca da temática abordada, a identificação das estratégias de Educação Permanente utilizadas pelas Gerências Regionais de Saúde e uma avaliação do funcionamento dessas ações, permitindo assim o descobrimento acerca das temáticas escolhidas, locais de desenvolvimento, estratégias e recursos utilizados para sua aplicação, as falas estarão sendo gravadas durante toda a entrevista. Existe um desconforto justificado pelo contato direto com os profissionais responsáveis pelo desenvolvimento e articulação das Ações de Educação Permanente, visto que os mesmos podem se sentir coagidos. A pesquisa seguirá as orientações da Resolução Nº 510 de 07 de abril de 2016 considerando que a ética em pesquisa implica o respeito pela dignidade humana e a proteção devida aos participantes das pesquisas científicas envolvendo seres humanos.

Você será esclarecida sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios. Os pesquisadores irão tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Seu nome ou o material que indique a sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Uma cópia deste consentimento informado será arquivada junto com o pesquisador e outra será fornecida a você.

- **Custos da participação, ressarcimento e indenizações por eventuais danos:**

A participação no estudo não acarretará custos para você nem você receberá retorno financeiro pela participação.

DECLARAÇÃO DA PARTICIPANTE

Eu, _____ fui informada (o) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e motivar minha decisão se assim o desejar. Os Pesquisadores Emília Beatriz dos Santos Souza e Paloma Maria Oliveira de Almeida certificaram-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais. Também sei que caso existam gastos adicionais, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa e não terei nenhum custo com esta participação. Em caso de dúvidas poderei ser esclarecido pelo pesquisador responsável: Reneide Muniz da Silva através do telefone (81) 99763-7054 ou e-mail reneide@fps.edu.br, Emília Beatriz dos Santos Souza através do telefone (81) 98520-1690 e Paloma Maria Oliveira de Almeida através do telefone (81) 987838510 ou ainda endereço do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Pernambucana de Saúde, sito à Av. Mascarenhas de Moraes, nº 4861, Imbiribeira - Recife-PE. CEP: 51150-004. Bloco: Administrativo. Tel: (81)33127755 que funciona de segunda a sexta feira no horário de 8:30 às 11:30 e de 14:00 às 16:30 pelo e-mail: comite.etica@fps.edu.br O CEP-FPS objetiva defender os interesses dos participantes, respeitando seus direitos e contribuir para o desenvolvimento da pesquisa desde que atenda às condutas éticas. Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma via deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Nome	Assinatura do Participante	Data
Nome	Assinatura do Pesquisador	Data
Nome	Assinatura da Testemunha	Data

APÊNDICE II - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

DESCRIÇÃO DAS AÇÕES DE EDUCAÇÃO PERMANENTE NO ÂMBITO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NAS I, IV E VII GERÊNCIAS REGIONAIS DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO.

Data da Entrevista: _____ Pesquisador: _____

Roteiro de entrevista semiestruturada para coleta de dados

O entrevistado deverá responder as questões de forma espontânea e sincera. Os dados de identificação pessoal coletados deverão ser mantidos em sigilo pelo pesquisador. As dúvidas do entrevistado deverão ser sanadas.

SEÇÃO I – Informações pessoais	
1 - Nome:	_____
2 - Idade:	_____
3 - Sexo:	_____

SEÇÃO II- Informações profissionais
Gerência Regional de Saúde em que trabalha:
Categoria Profissional:
Cargo:
Tempo de Serviço:
Titulação:
Quanto tempo você atua como gestora?

SEÇÃO III- Perguntas norteadoras (conhecimento acerca da temática e vivência profissional)
O que você entende por educação permanente?
Há quanto tempo você trabalha com educação permanente?
Fale sobre alguma dificuldade para executar as ações de educação permanente na sua Gerês?
Enquanto as facilidades, você poderia exemplificar o que considera como facilidade para executar as ações de educação permanente na sua GERES?
Em sua opinião, existem ações e/ou situação que poderia ser melhorada para fortalecer a política de educação permanente na sua GERES?

SEÇÃO IV- Perguntas norteadoras (identificando as ações de Educação

permanente)

Descreva as ações que são desenvolvidas pela sua GERES na educação permanente no âmbito da Atenção Primária?

Como você analisa a execução do Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde (PAREPS) na sua GERES?

Você teria mais alguma questão ou ponto que você gostaria de ressaltar e que considera relevante para a pesquisa sobre a educação permanente?

ANEXO I – PARECER CONSUBSTANCIADO

FACULDADE PERNAMBUCANA
DE SAÚDE - AECISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A PERCEPÇÃO DOS GESTORES DA EDUCAÇÃO PERMANENTE NAS REGIONAIS DE SAÚDE NO ESTADO DE PERNAMBUCÓ DESENVOLVIDAS NA ATENÇÃO

Pesquisador: CARLOS HENRIQUE TENÓRIO ALMEIDA DO NASCIMENTO CARLOS HENRIQUE

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 03091518.7.0000.5569

Instituição Proponente: ASS. EDUCACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE - AECISA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.159.941

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo de corte transversal com abordagem qualitativa, será realizado nas 12 Gerências Regionais de Saúde de Pernambuco com gestores ou responsáveis técnicos pela Educação Permanente, tendo como objetivo analisar a percepção dos 12 gestores da Educação Permanente em Saúde quanto às ações desenvolvidas no âmbito da Atenção Primária nas Gerências Regionais de Saúde do Estado de Pernambuco.

Objetivo da Pesquisa:

Claros, bem delimitados e compatíveis com a metodologia proposta.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Descreveu riscos e benefícios de forma clara e coerente com o estudo proposto.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante para a área da educação permanente com potencial para fornecer subsídio à gestão para melhorar a qualidade do seu desenvolvimento.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentou adequadamente todos os termos obrigatórios, fazendo as alterações recomendadas.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto não apresenta pendências, encontrando-se adequado do ponto de vista da ética em

Endereço: Avenida Mascarenhas de Moraes, 4861

Bairro: IMBIRIBEIRA

CEP: 51.150-000

UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81)3312-7755

E-mail: comite.etica@fpe.edu.br

Continuação do Parecer: 3.159.041

pesquisa.

Considerações Finais a critério do CEP:

O CEP-FPS solicita que o pesquisador envie relatórios parciais a cada semestre e ao final da pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1209041.pdf	04/02/2019 16:34:16		Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	04/02/2019 16:32:45	CARLOS HENRIQUE TENÓRIO ALMEIDA DO NASCIMENTO CARLOS HENRIQUE	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.docx	04/02/2019 16:32:33	CARLOS HENRIQUE TENÓRIO ALMEIDA DO NASCIMENTO CARLOS HENRIQUE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_novo.docx	04/02/2019 16:32:16	CARLOS HENRIQUE TENÓRIO ALMEIDA DO NASCIMENTO CARLOS HENRIQUE	Aceito
Outros	carta_resposta.docx	28/01/2019 11:55:54	CARLOS HENRIQUE TENÓRIO ALMEIDA DO NASCIMENTO CARLOS HENRIQUE	Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto_Henrique.pdf	19/11/2018 16:31:26	CARLOS HENRIQUE TENÓRIO ALMEIDA DO NASCIMENTO CARLOS HENRIQUE	Aceito
Outros	curriculo_reneide.pdf	19/11/2018 16:30:38	CARLOS HENRIQUE TENÓRIO ALMEIDA DO NASCIMENTO CARLOS HENRIQUE	Aceito
Outros	curriculo_carlos.pdf	19/11/2018 16:26:20	CARLOS HENRIQUE TENÓRIO ALMEIDA DO NASCIMENTO CARLOS HENRIQUE	Aceito
Outros	Carta_de_anuencia_121118.pdf	16/11/2018 19:13:28	CARLOS HENRIQUE TENÓRIO ALMEIDA DO NASCIMENTO CARLOS HENRIQUE	Aceito

Endereço: Avenida Mascarenhas de Moraes, 4861

Bairro: IMBIRIBEIRA


CEP: 51.150-000

UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81)3312-7755

E-mail: comite.etica@fps.edu.br

FACULDADE PERNAMBUCANA
DE SAÚDE - AECISA 

Continuação do Parecer: 3.150.041

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RECIFE, 21 de Fevereiro de 2019

Assinado por:
Luciana Marques Andreto
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida Mascarenhas de Moraes, 4861
Bairro: IMBIRIBEIRA CEP: 51.150-000
UF: PE Município: RECIFE
Telefone: (81)3312-7755 E-mail: comite.etica@fps.edu.br

ANEXO II – ORIENTAÇÕES DA REVISTA



Estruturação:

A seção “Artigos Originais” é composta por artigos resultantes de pesquisa científica, apresentando dados originais de descobertas com relação a aspectos experimentais ou observacionais, voltados para investigações qualitativas ou quantitativas em áreas de interesse da APS. “Artigos originais” são trabalhos que desenvolvem críticas e criação sobre a ciência, tecnologia e arte das ciências da saúde, que contribuam para a evolução do conhecimento humano sobre o homem e a natureza e sua inserção social e cultural. (Devem ter até 25 páginas com o texto na seguinte estrutura: introdução; material ou casuística e métodos, resultados, discussão e conclusão).

A revista aceita trabalhos em português, espanhol e inglês; Há necessidade de os autores explicitarem eventuais conflitos de interesses que possam interferir nos resultados (em documento suplementar); Em trabalhos que envolvam financiamentos, estes devem ser citados no final do artigo antes das referências.

Formatação

As páginas, com exceção da primeira, estão configuradas em formato de coluna única, A4 (210mm X 297mm), margens de 2,5 cm (superior e inferior) e 3 cm (esquerda) e 2 cm (direita). A primeira página tem a seguinte configuração: sup. 1,9 cm; inf. 2,5 cm; esq. e dir.: 3 cm. Deverá ser utilizado, para o corpo do texto, a fonte CALIBRI, corpo 12, entrelinha 1,5.

Os trabalhos devem obedecer à seguinte sequência de apresentação:

- a) Título em português e inglês; deve ser conciso e explicativo, representando o conteúdo do trabalho. Não deve conter abreviaturas

- b) A identificação dos autores, filiação institucional e contato devem ser digitadas no sistema. Todos os autores que constarem na Carta de Apresentação deverão ser incluídos durante a submissão do artigo. O manuscrito (documento original) deve ser submetido sem autoria.
- c) Resumo do trabalho em português, em que fiquem claros: a síntese dos propósitos, os métodos empregados e as principais conclusões do trabalho. Deve ser constituído de uma sequência de frases concisas e objetivas, com extensão.
- d) Palavras-chave em português – mínimo de três (3) e máximo de cinco (5) palavras-chave, ou descritores do conteúdo do trabalho, apresentadas em português de acordo com o DeCS – Descritores em Ciências da Saúde da BIREME- Centro Latino Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde – URL:< <http://decs.bvs.br/>>. Iniciam-se sempre por maiúscula (somente a primeira palavra, no caso de palavras-chave compostas por mais de um termo). São separadas entre si com ponto final e finalizadas também com ponto final.
- e) *Abstract* – versão do resumo em inglês.
- f) *Keywords* – palavras-chave em inglês, de acordo com DeCS.
- g) O texto do artigo propriamente dito, de acordo com a estrutura recomendada para cada tipo de artigo, citados no item 1.
- h) Figuras (gráficos, desenhos, tabelas) devem ser enviadas no corpo do texto, no local exato de inserção definido pelos autores dos autores.
- i) Referências – devem estar em conformidade com os “Requisitos Uniformes para Originais submetidos a Periódicos Biomédicos” conhecido como Estilo de Vancouver, elaborado pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas – ICMJE, disponível em: <http://www.icmje.org>, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/bookshelf/br.fcgi?book=citmed> (inglês) e <http://www.bu.ufsc.br/ccsm/vancouver.html> (português).

A submissão dos trabalhos é on-line no endereço: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/>. O(s) autor(es) deve(m) se cadastrar usando e-

mail válido, respondendo de forma ágil às mensagens eletrônicas recebidas, podendo também acompanhar o processo de avaliação. Após o cadastramento, deverá ser anexado o manuscrito seguindo as instruções contidas nesse mesmo endereço.