

Educação permanente nos serviços de saúde: atividades educativas desenvolvidas no estado de Minas Gerais, Brasil



Permanent education in healthcare services: educational activities developed in the state of Minas Gerais, Brazil

Educación permanente en servicios de salud: las actividades educativas en el estado de Minas Gerais, Brasil

Roseni Rosângela de Sena^a

Maria José Cabral Grillo^a

Lizziane d'Ávila Pereira^a

Stephanie Marques Moura Franco Belga^a

Bruna Dias França^a

Camila Poliana de Freitas^a

Como citar este artigo:

Sena RR, Grillo MJC, Pereira LA, Belga SMMF, França BD, Freitas CP. Educação permanente nos serviços de saúde: atividades educativas desenvolvidas no estado de Minas Gerais, Brasil. Rev Gaúcha Enferm. 2017;38(2):e64031. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.02.64031>

doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.02.64031>

RESUMO

Objetivo: Analisar atividades educativas desenvolvidas no estado de Minas Gerais, Brasil, consideradas como Educação Permanente em Saúde.

Método: Baseado em um estudo de natureza mista, de abordagem quanti-qualitativa, com 492 Secretarias Municipais de Saúde. A coleta de dados ocorreu entre março e outubro de 2014, via questionário online. Os dados foram tabulados no software Excel. Para a análise dos dados, utilizou-se a análise de conteúdo temática e a análise estatística descritiva. O estudo foi aprovado sob o parecer 22830812.5.0000.5149.

Resultados: Emergiram nove categorias: tipo de prática, temática, metodologia, recurso tecnológico, motivo, nível de atenção, público, financiamento e *status* da prática descrita. As práticas não guardam relação exclusiva com um tipo de concepção pedagógica. Por outro lado, foram constatados temas ancorados no trabalho, sendo o diagnóstico dos problemas cotidianos visto como motivação para a sua realização, princípios estes que caracterizam a Educação Permanente em Saúde.

Conclusão: Em alguns municípios, a educação permanente está sendo incorporada no cotidiano dos serviços de saúde.

Palavras-chave: Educação continuada. Políticas públicas. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

Objective: To analyse educational activities carried out in the state of Minas Gerais, Brazil, considered permanent education in healthcare.

Method: This is a mixed methods study with a qualitative approach and the participation of 492 municipal health departments. Data were collected in March and October 2014 through interviews available online. The data were tabulated using Excel software. The data were subjected to thematic content analysis and statistic descriptive analysis. The study was approved with opinion 22830812.5.0000.5149.

Results: Data analysis revealed the following nine categories: type of practice, theme, method, technological resource, motive, healthcare level, public, financing, and status of the described practice. The activities were not related to a specific educational concept. The researchers found that the subjects that motivated the education activities were based on work and the diagnosis of problems faced by the workers. These principles are characteristic of permanent education in healthcare.

Conclusion: In some municipalities, permanent education is being incorporated into the healthcare service routine.

Keywords: Education, continuing. Public policies. Unified Healthcare System.

RESUMEN

Objetivo: Analizar las actividades educativas desarrolladas en el estado de Minas Gerais, Brasil, considerado Educación Permanente en Salud.

Método: Se originó a partir de una fase del estudio de naturaleza mixta, de enfoque cuantitativo y cualitativo, que involucró a 492 departamentos de salud locales. La recolección de datos se llevó a cabo entre marzo y octubre de 2014, a través de un cuestionario en línea. Los datos se tabularon en el software Excel. Para las preguntas abiertas se utilizó el análisis de contenido para clasificar y, como resultado, el análisis estadístico descriptivo. El estudio fue adoptado en el parecer 22830812.5.0000.5149.

Resultados: A partir del análisis de datos fueron generadas las siguientes categorías: tipo de práctica, temática, metodología, recurso tecnológico, motivo, nivel de atención, público, financiación y situación de la práctica descrita. Las prácticas no se relacionan exclusivamente con ningún tipo de concepción pedagógica. Por otro lado, se hallaron temas anclados en el trabajo y el diagnóstico de los problemas cotidianos como motivación para su realización, principios que caracterizan la Educación Permanente en Salud.

Conclusión: En algunos municipios la educación permanente se está incorporando a la vida cotidiana de los servicios de salud.

Palabras clave: Educación continuada. Políticas públicas. Sistema Único de Salud.

^a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Escola de Enfermagem. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

■ INTRODUÇÃO

A Educação Permanente em Saúde (EPS) foi instituída como Política Nacional por meio da Portaria nº 198/2004, que foi reformulada pela Portaria nº 1.996/2007, com o estabelecimento de novas diretrizes e estratégias para a implementação da Política de EPS, de modo a adequá-la às diretrizes operacionais e ao regulamento do Pacto pela Saúde⁽¹⁾. Foi proposta pelo Ministério da Saúde como uma estratégia para valorização do trabalho e dos trabalhadores e a qualidade das ações de saúde prestadas à população, fortalecendo a consolidação do SUS, valorizando a articulação ensino e serviço.

A EPS foca na relação aprendizagem-trabalho, sendo produzida no cotidiano dos serviços de saúde, onde o aprender e o ensinar se incorporam aos processos de trabalho. Uma das concepções adotadas é a da aprendizagem significativa, propondo transformar as práticas profissionais a partir de uma metodologia problematizadora, considerando os conhecimentos e as experiências já vivenciadas⁽¹⁾. No processo de EPS, os trabalhadores tornam-se protagonistas do seu fazer cotidiano, transformando contextos, construindo e desconstruindo saberes⁽²⁾.

Desta forma, a EPS tem como finalidade possibilitar a reflexão e intervenção sobre o processo de trabalho, partindo de uma situação existente no intuito de superá-la, mudá-la, transformá-la em uma situação diferente e desejada⁽³⁾.

Uma vez que a EPS busca o desenvolvimento de práticas educativas pautadas na problematização do cenário de trabalho, considerando a micropolítica do trabalho vivo, faz-se necessário identificar se as atividades educativas que estão sendo desenvolvidas no SUS apresentam-se como oportunidades de recomposição dos processos de trabalho. Destaca-se que sua formulação como política nacional buscou superar a sobrecarga, a repetição e a fragmentação dos cursos de capacitação desenvolvidos a partir de uma lógica vertical e programática⁽⁴⁾.

A pesquisa se baseia na necessidade sentida de se conhecer com mais especificidade os resultados da implementação da EPS, considerando sua formulação como política há mais de uma década, assim como, contribuir para a construção de propostas educativas e, conseqüentemente, o aperfeiçoamento da atenção e da gestão do SUS. Nesse sentido, destaca-se o fato da EPS ser apontada por um lado como uma estratégia para transformar e qualificar as ações e os serviços, os processos formativos e as práticas pedagógicas e de saúde, mas, por outro, apresentar inúmeras limitações no processo de implementação.

Considerando este cenário, questiona-se: As atividades educativas desenvolvidas no estado de Minas Gerais estão

pautadas nos preceitos da Educação Permanente em Saúde? Parte-se do pressuposto de que diversos obstáculos permeiam a implementação da EPS, dificultando a modificação da prática profissional no complexo contexto do trabalho em saúde. Acredita-se que em sua maioria as atividades educativas se colocam distantes das concepções e proposições da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS).

Neste sentido, este estudo busca contribuir com o fortalecimento do SUS, aprofundando a análise sobre a capilaridade de uma ideia e a incorporação de um conceito a uma prática cotidiana. Assim, o presente estudo objetiva analisar atividades educativas desenvolvidas no estado de Minas Gerais, Brasil, consideradas como Educação Permanente em Saúde.

■ MÉTODO

Trata-se de um estudo que contempla a fase exploratória da pesquisa Educação permanente em saúde e os modos de pensar e fazer gestão, atenção, formação e participação no e para o SUS que é um estudo de natureza mista, considerando a combinação de métodos predeterminados das pesquisas quantitativas com métodos emergentes das qualitativas. Foram utilizados roteiros de coleta de dados compostos por questões abertas e fechadas, com formas múltiplas de dados, incluindo análises estatísticas e análises textuais⁽⁵⁾. A escolha da abordagem considera que as características antagônicas desses métodos se combinam de forma que uma prevalecerá sobre a outra ao mesmo tempo em que podem se complementar na apresentação de resultados.

O cenário foi o estado de Minas Gerais, que se encontra na região sudeste do Brasil e possui uma população superior a 19 milhões de habitantes, distribuída em 853 municípios.

Participaram do estudo 492 Secretarias Municipais de Saúde, por meio do secretário municipal ou representante por ele indicado. O critério de inclusão adotado para a pesquisa foi pertencer ao quadro das Secretarias Municipais de Saúde do estado mineiro. Considerou-se a participação voluntária, respeitando-se apenas ao critério de pertencer à gestão de saúde de município de Minas Gerais. Assim, definiu-se o cálculo amostral, com margem de erro de cinco pontos percentuais e 95% de confiabilidade, para definição de uma amostra representativa (que deveria ser de, no mínimo, 435 respondentes). Os municípios foram agrupados por porte populacional – até 10 mil, mais de 10 até 20 mil, mais de 20 até 50 mil e mais 50 mil habitantes – e as respostas dos gestores foram organizadas tendo como referência este agrupamento.

A coleta de dados ocorreu entre os meses de março e outubro de 2014, por meio de um questionário com questões abertas e fechadas, disponibilizado online, solicitando informações sobre práticas educativas identificadas como EPS, realizadas nos últimos cinco anos, independentemente do tipo de serviço de saúde. As questões contemplaram a descrição, os objetivos, a fonte utilizada para financiamento da prática, o nível de atenção contemplado, o que motivou o desenvolvimento da prática, o público-alvo e a situação atual da prática informada. A este conjunto de informações foi dada a denominação de Prática de Educação Permanente informada pelo município.

Para o processo de criação e disponibilização do questionário eletrônico via *web* foi contratado um profissional que se responsabilizou por: aquisição e configuração do domínio '*educacaopermanentesaude.com.br*', a hospedagem de alguns arquivos, em especial, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); contratação e customização de uma plataforma de questionários – *Form Assembly* (<http://www.formassembly.com/>); criação de página HTML para incorporação do *survey* – que foi hospedada de forma gratuita no *GitHub*.

A divulgação do estudo junto aos municípios mineiros ocorreu via correio tradicional, por meio de envio de carta convite aos secretários municipais de saúde. Paralelamente, enviou-se correio eletrônico realizando o convite, e posteriormente, semanalmente, reiterando a importância de participação no estudo. A partir do mês de agosto iniciou-se os contatos telefônicos para os municípios que não haviam respondido até o presente momento. Teve-se, também, divulgações em congressos e em reuniões da Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço Estadual e da Comissão Intergestores Bipartite de Minas Gerais.

Os dados dos questionários foram exportados, tabulados com apoio do programa *Microsoft Excel2007*. A partir da planilha gerada com o consolidado das respostas, para os campos abertos do questionário adotou-se releituras das respostas, que geraram agregações sucessivas de elementos que compuseram unidades de significado semelhantes, considerando a técnica de análise de conteúdo temática proposta por Bardin⁽⁶⁾.

Tal análise permitiu a identificação e organização de categorias e subcategorias. A partir dos campos título, objetivo e descrição da prática educativa foram identificadas e organizadas quatro categorias: tipo de prática, temática, metodologia e recurso tecnológico. Para descrição dos resultados, os campos motivo, nível de atenção, público, financiamento e status da prática foram considerados como sendo categorias e todos foram desmembrados em subcategorias.

Posteriormente, foi realizada uma análise estatística descritiva das categorias e subcategorias identificadas. É importante mencionar que o questionário permitiu a marcação de múltiplas respostas em alguns campos. As respostas relativas à cada categoria foram distribuídas em frequências e proporções.

Quanto aos aspectos éticos, a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, no dia 09 de dezembro de 2013, com o parecer de número CAAE- 22830812.5.0000.5149. Foi garantida a não identificação dos municípios, bem como de todos os participantes. Todos os participantes assinaram o TCLE.

■ RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise dos dados possibilitou o mapeamento de 929 práticas de Educação Permanente a partir das respostas de 404 municípios (47,36%). Isto porque 88 municípios (10,32%) responderam que não realizaram ou não tinham informação sobre o desenvolvimento de educação permanente promovida pela gestão municipal.

Os municípios com maior porte populacional, ou seja, com mais de 50 mil habitantes, foram os que apresentaram o maior índice de resposta (67,65%), com um percentual 13,71% maior do que aqueles que apresentaram o menor índice (53,94%), que foram os com até 10 mil habitantes. Isto pode indicar que os municípios com maior porte populacional têm maior poder de organização e potencial de implementação de políticas públicas, provavelmente devido a capacidade técnica instalada na gestão e na operação das ações assistenciais e de gestão.

Em relação às práticas informadas, elas estão distribuídas, principalmente, entre os municípios extremos quanto ao porte populacional, ou seja, mais de 50 mil (35,60% das práticas) e até 10 mil habitantes (34,80% das práticas).

Em relação à categoria '**tipo de prática**', a análise permitiu a constatação de que as Práticas de Educação Permanente informadas pelos municípios não guardam relação exclusiva com um tipo de concepção pedagógica. Ou seja, há indícios de que, no cotidiano dos gestores municipais, existe pouca preocupação em relacionar uma determinada concepção pedagógica com um determinado termo conceitualmente carregado de significado: EPS como reflexão para intervenção, na perspectiva de superar problemas práticos do serviço, transformando a realidade⁽⁴⁾. Termos como capacitação, qualificação, educação continuada, educação permanente, curso, atualização, treinamento e atividades que envolvem a comunidade foram usados indistintamente, nomeando práticas similares até em um mesmo município.

Sem negar a possibilidade de utilização dos diferentes tipos de práticas para o desenvolvimento dos trabalhadores da saúde, é necessário garantir que a EPS não se reduza a uma mudança na denominação das atividades educativas desenvolvidas na área da saúde, visto que “muitos processos tradicionais de formação simplesmente mudaram o termo a que se referiam às suas práticas para o uso mais identificado com o significante EPS”⁽⁷⁾.

No processo de análise da categoria tipo de prática sobressaíram quantitativamente duas subcategorias: Capacitação, aparecendo em 53,5% dos municípios que informaram o desenvolvimento de práticas (contida em 65,7% das descrições dos municípios com mais de 10 mil e até 20 mil habitantes) e Educação Permanente, constando nas descrições de práticas de 28% dos municípios (contida em 51,1% das descrições dos municípios com mais de 50 mil habitantes).

Considera-se este achado como mais uma pista em prol da afirmativa em relação ao uso indistinto dos termos, pois fica evidente que a solicitação explicitada de que fossem informadas somente as práticas de EPS desenvolvidas no município nos últimos cinco anos não induziu um processo de seleção das práticas a serem informadas. Nota-se que no próprio relato dos participantes teve-se a predominância do termo Capacitação, que analisado juntamente com a descrição detalhada da prática demonstra que a concepção está mais orientada à execução de técnicas e à recuperação da saúde, voltadas para as áreas específicas, com a utilização de estratégias de ensino tradicionais.

Também se encontra na literatura o uso indistinto dos termos educação continuada, educação em serviço, educação permanente⁽⁸⁾ denominando práticas educativas realizadas na área de saúde. Contudo, há autores que apontam distinções, reforçando a não similaridade, por exemplo, entre educação permanente e educação continuada^(3,9).

Estudo aponta que a noção da EPS ainda encontra-se voltada ao modelo de educação continuada, com forte tendência à educação bancária, o que está em contradição com o preconizado pela PNEPS. Reforça-se que para se ter uma aprendizagem significativa, e conseqüentemente uma atenção integral, é essencial a problematização das práticas de assistência, ensino, gestão e participação popular, bem como a articulação entre esses segmentos⁽¹⁰⁾.

Entendendo que esta situação ambígua não favorece a mudança de comportamento (mudança de concepção), dez anos após a definição de uma PNEPS, o Ministério da Saúde instituiu diretrizes para implementação da política no âmbito do próprio Ministério, por meio da Portaria nº 278, de 27 de fevereiro de 2014. Neste instrumento é reafirmado o caráter transformador que se pretende dar

à EPS, definida como “aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho, baseando-se na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas dos trabalhadores da saúde”⁽¹¹⁾.

Ainda referente à categoria ‘tipo de prática’, na subcategoria Educação Permanente, foi considerado o Programa de Educação Permanente (PEP) para médicos de Saúde da Família, lançado em 2004 no estado de Minas Gerais e presente em todas as 13 regiões ampliadas de saúde do Estado, mencionado por parte significativa dos municípios. É um programa que contempla o referencial teórico da EPS e tem como proposta trabalhar a partir da identificação das fragilidades profissionais e das prioridades identificadas pelos médicos e gestores⁽¹²⁾.

Em relação à categoria ‘**temática**’, os resultados evidenciaram uma gama de conteúdos abordados tais como: ações assistenciais – voltadas para as diferentes fases do ciclo de vida e para condições de saúde; aspectos gerenciais – relacionados à atuação profissional, planejamento, avaliação, entre outros; ações de vigilância em saúde; aspectos ligados à participação social e cidadania.

O fato dos gestores municipais (11,6% dos municípios) informarem que a escolha dos temas abordados nas práticas é baseada no levantamento das dificuldades e dúvidas dos profissionais, bem como dos aspectos epidemiológicos, visando responder as necessidades específicas dos serviços foi um achado significativo, na perspectiva de uma busca por evidências da incorporação de uma dada concepção. Isto porque se reconhece que, para se tratar de educação permanente, os temas abordados precisam emergir dos problemas vivenciados no dia-a-dia de trabalho e das necessidades de saúde das populações, contribuindo com mudanças na formação e no desenvolvimento profissional^(8,13). Logo, se os municípios estão discutindo as necessidades que emergem do contexto de trabalho, pode-se considerar que a EPS está ocorrendo nestes municípios.

A existência de temas pautados nas necessidades de saúde dos usuários e do cotidiano de trabalho foi reforçada pela categoria ‘**motivo**’, que apresentou a origem da demanda por atividade educativa. Os dados apontaram como principal motivação para realização das práticas a necessidade de fazer um diagnóstico dos problemas enfrentados, aparecendo em 59,9% dos municípios que informaram o desenvolvimento de práticas de educação permanente.

Em seguida, teve-se as subcategorias Demandas do serviço (55,2% dos municípios) e o ensino a partir da Política de Educação Permanente definida pelo Ministério da Saúde (54,0% dos municípios).

Novamente nota-se a preocupação com a realização de processos educativos que tenham relação com o cotidiano do trabalho, isto é, que os problemas da prática sejam os motivadores dos temas a serem abordados em processos educativos, indicando o propósito de qualificar os serviços utilizando a estratégia de EPS. Considera-se que, na perspectiva de aplicação da PNEPS, as demandas de atividades educativas para trabalhadores da saúde não devem surgir exclusivamente das necessidades individuais de atualização ou de orientações de níveis centrais e regionais, mas a partir da problematização da organização do trabalho, considerando a responsabilidade em prestar assistência integral, humanizada e de qualidade aos usuários⁽¹⁴⁾.

Considerando que as bases que dão corpo aos processos educativos nascem do cotidiano do trabalho e da interação dos sujeitos no ato da produção da saúde⁽¹⁵⁾ e que a EPS se desenvolve a partir da reflexão sobre o processo de trabalho⁽¹⁴⁾, pode-se afirmar que práticas fragmentadas, verticalizadas, pontuais e individualizadas apresentam-se com baixa potencialidade de modificar o cotidiano dos trabalhadores.

Para se conseguir superar os problemas que estão postos no campo da saúde o essencial é que o coletivo de trabalhadores consiga analisar os próprios processos de trabalho e as invenções que realizam no cotidiano dos serviços de saúde⁽⁷⁾, ou seja, os acontecimentos do cotidiano do fazer no campo de práticas, que por meio do encontro com o outro e a troca de modos de agir e saberes, está permanentemente produzindo e reafirmando conhecimento, possibilitando uma postura crítica, reflexiva e inovadora em relação às formas de intervenção no processo saúde-doença-cuidado.

Na análise da categoria '**metodologia**' os dados apontaram que, para 46,50% dos municípios que informaram a realização de práticas, foi possível identificar o método utilizado, com destaque para as discussões, aulas, oficinas, atividades práticas e palestras.

Notou-se a conjugação de métodos de ensino identificados como tradicionais – aulas, palestras e orientações – e de métodos de ensino considerados inovadores – discussões, roda de conversa, relato de experiência, problematizações, atividades práticas. Apesar de aparecerem em índice percentual pouco elevado, percebe-se a incorporação de métodos mais interativos e reflexivos, potentes para a abordagem de problemas da prática. Esse achado é importante, considerando que a EPS propõe reorganizar as práticas a partir das lacunas existentes entre o cenário real e as ideologias do sistema de saúde⁽¹⁶⁾.

Na categoria '**recurso tecnológico**', predominaram os recursos audiovisuais e a educação a distância (EAD), apesar

do grande quantitativo de práticas não terem sido descritas de forma a evidenciar a utilização de aporte tecnológico (71,40%). Destaca-se que na literatura a EAD vem sendo incorporada como uma importante estratégia para a EPS no SUS⁽¹⁷⁾. Contudo, é importante destacar que para a EAD contribuir com as transformações necessárias na práxis profissional torna-se essencial que as práticas educativas garantam a interação entre os estudantes e estejam articuladas com diversas estratégias de apoio mais locais e presenciais⁽⁷⁾.

Quanto à categoria '**financiamento**', identificou-se que os municípios utilizam recursos de diferentes fontes. As práticas de EPS realizadas com recursos do próprio município, constam nas informações fornecidas por 77,0% deles. Os recursos disponibilizados pelo governo do estado de Minas Gerais (39,4% dos municípios) foi a segunda subcategoria mais mencionada. Os recursos disponibilizados pelo Ministério da Saúde apareceram em 21,0% dos municípios. Foram relatados outros tipos de financiamento como recurso disponibilizado pelo Conselho ou Consórcio (0,74%); recurso disponibilizado por Organização da Sociedade Civil (2,48%); recurso disponibilizado por Empresa (0,74%).

Resgata-se que, com a Portaria nº 1996/2007, a forma de financiamento da PNEPS passou a ser fundo a fundo, ampliando a responsabilidade dos gestores estaduais e municipais pela gestão do recurso financeiro⁽¹⁾. Nesse sentido, destaca-se que o financiamento é uma questão fundamental para o desenvolvimento da política, inclusive pelo fato desta descentralização permitir a autonomia das ações, rompendo com a verticalização das atividades educativas e possibilitando a adequação às necessidades dos serviços.

Ressalta-se, ainda, que ao analisar a categoria 'financiamento' e sua relação com a categoria 'motivo', percebeu-se que a fonte de recursos próprios financia especialmente práticas cujo ensejo foi demandas do serviço e diagnóstico dos problemas observados no cotidiano da relação profissionais e usuários. Quando se trata de financiamento com recurso estadual e/ou federal, a principal motivação vinculou-se à Política de Educação Permanente.

A categoria '**nível de atenção**' contemplou as subcategorias Atenção Básica, Média Complexidade e Alta Complexidade. A análise dos dados apontou uma prevalência de práticas informadas voltadas para a Atenção Básica. Este nível de atenção constitui-se em espaço privilegiado para o desenvolvimento de EPS, uma vez que o modelo de atenção proposto contempla a articulação do acolhimento, promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos, tratamento e reabilitação, além de fazer referência a serviços de saúde de maior complexidade, considerando as necessidades de saúde da população⁽¹⁸⁾.

Pode-se inferir, ainda, que a prevalência de práticas voltadas para a atenção básica está relacionada ao papel que este ponto da atenção assumiu na coordenação das redes de atenção à saúde, no intuito de garantir a continuidade do cuidado de forma integrada nos diferentes níveis do sistema⁽¹⁸⁾. Cabe também mencionar que, independente do porte populacional, a organização e execução das ações da atenção básica são de responsabilidade direta da gestão municipal.

Nota-se que um dos principais desafios dos trabalhadores e gestores municipais é promover a EPS nas várias redes de atenção. Ainda tem-se uma percepção de que a EPS é uma questão a ser trabalhada com as equipes da rede básica, não reconhecendo que o essencial é refletir sobre a micropolítica que se desenvolve em todos os lugares onde se produz o cuidado⁽⁷⁾.

Já em relação à categoria '**público**' observou-se que a subcategoria Enfermeiro se destacou, sendo mencionada por 71% dos municípios que informaram a realização de práticas. Em seguida, teve-se Agente Comunitário de Saúde (63,9%), Auxiliar ou Técnico de Enfermagem (53,2%), Médico (51,5%), Cirurgião Dentista (28,7%), Outros profissionais de nível superior (28,7%) e Auxiliar ou Técnico de Saúde Bucal (27,2%). As demais subcategorias obtiveram percentuais inferiores a 10%. Estas sete categorias profissionais prevalentes foram as mesmas em todos os municípios, independente do porte populacional, ocorrendo uma variação apenas na ordem em que foram citadas.

A participação significativa dos profissionais de Enfermagem pode estar relacionada à importância desta categoria nas ações desenvolvidas nos diferentes pontos de atenção, inclusive na atenção básica (nível prioritário em relação às práticas), que envolve atividades variadas e dinâmicas, desde assistência, planejamento, organização, avaliação e educação⁽¹⁹⁾.

Nota-se, ainda, que as subcategorias mais frequentes foram as relacionadas às categorias profissionais pertencentes à equipe multiprofissional da Estratégia Saúde da Família (ESF), tida como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho⁽¹⁸⁾.

Estes achados foram também encontrados no estudo que apresentou uma revisão integrativa sobre EPS na realidade da ESF, o qual apontou que a Enfermagem se destaca em relação ao número de estudos, sendo que a imagem do profissional da Enfermagem está vinculada diretamente à EPS⁽¹⁰⁾.

Considerando a complexidade do processo saúde-doença acredita-se que a participação das diferentes categorias profissionais esteja relacionada à necessidade de

aperfeiçoar as ações desenvolvidas, atuando de forma mais abrangente, significativa e qualificada.

Em relação ao '**status**' da prática informada, sobressaíram as práticas já finalizadas, correspondendo a 67,71%. Teve-se também que 274 práticas informadas estavam em andamento (29,49%) até o momento de preenchimento do instrumento de coleta de dados da pesquisa e para 26 práticas de EPS não foi informado o status (2,80%).

■ CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do propósito e dos pressupostos estabelecidos para este estudo e dos resultados apresentados, nota-se que, no estado de Minas Gerais, já existem indícios da incorporação de EPS como um conceito diferenciado no fazer de uma prática cotidiana. A análise das atividades educativas informadas pelos gestores municipais como Educação Permanente em Saúde permite pressupor que diversos obstáculos permeiam a implementação da EPS, dificultando a modificação da prática profissional no complexo contexto do trabalho em saúde.

Contudo, apesar da maioria dos municípios mineiros participantes do estudo não contar com uma proposta sistematizada, fundamentada na Política de EPS, o que pode ser considerado como um dos obstáculos, foram informadas práticas educativas que expressam ações contínuas e coerentes com os princípios da EPS, indicando movimentos de sua incorporação, no território mineiro, por profissionais que atuam diretamente na atenção ao usuário.

A menção do termo EPS para denominação das atividades realizadas, o fato da escolha dos temas e a principal motivação para realização da prática estarem vinculadas à necessidade do serviço, são alguns dos aspectos que sinalizam na direção da incorporação EPS, considerando-se que esta estratégia preconiza a reflexão sobre as práticas de saúde em espaços de discussão coletiva em prol da melhoria destas práticas. Mesmo que presentes em menor grau, a referência às estratégias de ensino inovadoras também sinaliza na mesma direção.

Entende-se, portanto que as práticas de EPS surgem como um instrumento facilitador para o serviço; contudo, estas requerem uma construção diuturna e realimentada, a cada momento, com questionamentos que surgem ao longo da vivência dos profissionais, na prática. Sendo assim, é preciso continuar estimulando a ideia de inovação e de questionamento constantes, pensando a possibilidade de EPS como estratégia para mudança da organização do processo de trabalho e da qualidade da gestão e da assistência.

A perspectiva é de que a construção do mapeamento das práticas de EPS no estado de Minas Gerais, que per-

mitiu conhecer o panorama da realização destas práticas e identificar o caráter indutor da política de EPS nos municípios mineiros, sirva como estímulo. Espera-se, com a divulgação dos resultados, fomentar a realização de outros estudos que ajudem a vencer os obstáculos que permeiam a implementação desta estratégia e fortalecer os processos que estão viabilizando a EPS como processo de transformação social.

Conforme os resultados, este estudo traz contribuições para a enfermagem, que aparece como profissão destacada na participação das atividades educativas nas áreas do quadrilátero da EPS – ensino, pesquisa, assistência e gestão. Indica o papel relevante da categoria profissional na consolidação dos serviços de saúde e o reconhecimento da profissão quanto a importância das práticas educativas para a transformação da prática profissional de forma consciente, responsável e com qualidade.

Entende-se que as limitações do estudo se referem, em especial, ao fato de várias informações sobre as práticas relatadas estarem vinculadas a campos abertos do questionário, o que tornou mais complexa a sistematização das respostas fornecidas pelos municípios e, consequentemente, gerando a necessidade de novas aproximações ao objeto, para análises mais detalhadas e correlacionadas. Sugere-se que sejam realizadas mais investigações acerca dessa temática, possibilitando conhecer as dinamicidades que envolvem a realização de atividades educativas no contexto do SUS.

■ REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Brasília (DF); 2007.
2. Franco TB, Chagas RC, Franco, CM. Educação permanente como prática. In: Pinto S, Franco TB, Magalhães MG, organizadores. Tecendo redes: os planos da educação, cuidado e gestão na construção do SUS; a experiência de Volta Redonda-RJ. São Paulo: Hucitec; 2012.
3. Haddad JQ, Roschke MA, Davini MC, editores. Educación permanente de personal de salud. Washington: OPS/OMS; 1994.
4. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Caminhos para a mudança da formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde: diretrizes para a ação política para assegurar educação permanente no SUS. Brasília, DF: SGTES; 2003.
5. Creswell, JW. Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto. Porto Alegre: Artmed; 2007.
6. Bardin, L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.
7. Merhy EE, Gomes LB. Colaborações ao debate sobre a revisão da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. In: Gomes LB; Barbosa MG, Ferla AA, organizadores. A educação permanente em saúde e as redes colaborativas: conexões para a produção de saberes e práticas. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2016. p. 67-92.
8. Peixoto LS, Gonçalves LC, Costa TD, Tavares CMM, Cavalcanti ACD, Cortez EA. Educação permanente, continuada e em serviço: desvendando os seus conceitos. *Enferm Global*. 2013 jan;(29):324-40.
9. Ceccim RB. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface – Comunic Saúde Educ. (Botucatu)*. 2005;9(16):161-8.
10. Silva LS, Furtado LAR. Educação permanente em saúde e Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa. *Rev UNIABEU*. 2015 mai-ago;8(19):305-20.
11. Ministério da Saúde (BR). Portaria GM/MS nº 278, de 27 de fevereiro de 2014. Institui diretrizes para implementação da Política de Educação Permanente em Saúde, no âmbito do Ministério da Saúde (MS). Brasília (DF); 2014.
12. D'Ávila LS, Assis LN, Melo MB, Brant LC. Adesão ao Programa de Educação Permanente para médicos de família de um estado da região sudeste do Brasil. *Ciênc Saúde Colet*. 2014;19(2):401-16.
13. Celedônio RM, Jorge MSB, Santos DCM, Freitas CHA, Aquino FOTP. Políticas de educação permanente e formação em saúde: uma análise documental. *Rev RENE*. 2012;13(5):1100-10.
14. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis: Rev Saúde Coletiva*. 2004;14(1):41-65.
15. Santos AR, Coutinho ML. Educação Permanente em Saúde: construções de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. *Rev Baiana Saúde Públ*. 2014 jul-set; 38(3):708-24.
16. Machado JFFP, Carli AD, Kodjaoglanian VL, Santos MLM. Educação permanente no cotidiano da atenção básica no Mato Grosso do Sul. *Saúde Debate*. 2015 jan-mar;39(104):102-13.
17. Silva JN, Rodrigues VD, Silva AG, Soares WD, Antunes SF. Educação permanente em saúde através da educação a distância: uma breve introdução. *Rev Saúde Pesquisa*. 2013 set-dez;6(3):503-9.
18. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.488, de 21 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 Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília (DF); 2011.
19. Oliveira MM, Coimbra VCC, Oliveira, EM, Pereira, DB, Martins A. O profissional enfermeiro e a atenção primária à saúde. *Rev Enferm Saúde*. 2011 jan-mar;1(1):184-9.

Agradecemos à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG) e ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pelo apoio financeiro para o desenvolvimento da pesquisa.

■ Autor correspondente:

Bruna Dias Franca

E-mail: brunadiasfranca@gmail.com

Recebido: 13.05.2016

Aprovado: 01.02.2017