

Educação Permanente no cotidiano da Atenção Básica no Mato Grosso do Sul

Continuing education in the daily of Primary Care in Mato Grosso do Sul

Jacinta de Fátima Franco Pereira Machado¹, Alessandro Diogo De Carli², Vera Lúcia Kodjaoglanian³, Mara Lisiane de Moraes dos Santos⁴

RESUMO O artigo analisou as ações de Educação Permanente em Saúde na Atenção Básica em Mato Grosso do Sul, Brasil, na perspectiva de 184 equipes participantes da primeira fase do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), de junho de 2012 a fevereiro de 2013. Entre as ações de Educação Permanente, os cursos presenciais foram mais prevalentes, seguidos por troca de experiência, teleeducação, ensino à distância e tutoria/preceptorial, tanto na capital quanto no interior. As ações de planejamento e apoio à gestão foram mais prevalentes na capital. As ações de apoio da gestão estavam diretamente relacionadas com o planejamento e a organização do processo de trabalho.

PALAVRAS-CHAVE Educação continuada; Saúde da família; Atenção Básica.

ABSTRACT *The article analyzed the actions of Continuing Education in Primary Care in Mato Grosso do Sul, Brazil, from the perspective of 184 participating teams in the first stage of Program for Access and Quality Improvement (PMAQ), from June 2012 to February 2013. Among the actions of Continuing Education, the classroom courses were more prevalent, followed by an exchange of experience, tele-education, distance learning and mentoring / preceptorship, both in the capital and in the country. The planning and management support actions were more prevalent in the capital. The management support actions were directly related to the planning and to the organization of the work process.*

KEYWORDS *Education, Continuing; Family health; Primary Care.*

¹Universidade Federal do Mato Grosso do Sul (UFMS) - Campo Grande (MS), Brasil.
jacintamachado@hotmail.com

²Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS) - Campo Grande (MS), Brasil.
alessandrodecarli@hotmail.com

³Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS) - Campo Grande (MS), Brasil.
esc.fiocruz@saude.ms.gov.br

⁴Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS) - Campo Grande (MS), Brasil.
maralisi@globo.com

Introdução

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) surgiu com a proposta de reestruturar o modelo de atenção à saúde, tendo como centralidade os princípios de universalidade no acesso, equidade e integralidade na atenção, e participação popular na gestão, em contraposição ao modelo de atenção vigente (BRASIL, 1990). Desde a sua criação, em 1990, passou por transformações importantes, visando modificar o desenho e as operações da política de saúde. Recentemente, definiu-se a Atenção Básica (AB) como ordenadora das redes de atenção, equiparando-a aos padrões dos sistemas de saúde de países com sistemas desenvolvidos e aos parâmetros de qualidade e acessibilidade da Atenção Primária à Saúde (APS) (STARFIELD, 2002; MACINKO; STARFIELD; SHI, 2003; BRASIL, 2012A).

A partir da definição da Estratégia Saúde da Família (ESF) como coordenadora do cuidado, percebeu-se a insuficiência dos setores de formação em atender as necessidades de qualificação profissional, de modo que valorizasse o potencial educativo do trabalho como fonte de conhecimento e local de aprendizagem significativa. Nesses termos, o Ministério da Saúde reafirmou, através da Portaria GM/MS 1996, a Política Nacional de Educação Permanente (PNEP) como uma estratégia educativa para desenvolvimento do SUS (BRASIL, 2007; CECCIM, 2005).

A formulação dessa política baseou-se em ideologias e movimentos de mudança na educação em saúde como resultado de concepções pedagógicas baseadas na pedagogia freireana, mais afeita aos movimentos de mudança nas práticas de atenção à saúde (VALLA; STOTZ, 1994). Incorporou um forte contorno da autonomia intelectual do movimento institucionalista, de modo a imprimir mudanças na gestão (CAMPOS, 2003). Além disso, produziu deslocamentos nos setores de formação a partir da introdução da noção de quadrilátero da Educação Permanente (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Entre os desafios reconhecidos pela gestão do SUS, a Educação Permanente dos

trabalhadores assumiu relevância, pois apresentou-se como recurso indispensável para ampliar a capacidade de autoavaliação e auto-gestão, a partir do uso da metodologia problematizadora, que visa reorganizar as práticas a partir das lacunas existentes entre o cenário real e as ideologias do sistema de saúde.

Tais necessidades emergiram no estado do Mato Grosso do Sul, a partir da adesão ao Programa de Expansão da Estratégia Saúde da Família (Proesf) e da percepção da insuficiência dos setores de formação em atender às competências profissionais exigidas para a ESF. Nesse cenário, cuja população soma 2.449.024 habitantes, distribuídos em 79 municípios, a cobertura da ESF alcançou, em 2014, 68,4%, com 541 Equipes de Saúde da Família (EqSF) implantadas. A saúde bucal alcançou 62,99%, com 526 Equipes de Saúde Bucal (EqSB), sediadas em 566 unidades básicas de saúde (IBGE, 2010; BRASIL, 2014A; BRASIL, 2013).

A preocupação em articular a educação dos trabalhadores com a resolubilidade da AB/ESF induziu à elaboração de dois Planos Estaduais de Educação Permanente em Saúde (PEEPS), no âmbito das Comissões Intergestores Regionais (CIR), com a participação da Comissão de Integração de Ensino e Serviço (Cies), os quais foram homologados na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) (BRASIL, 2010; MATO GROSSO DO SUL, 2011). Além da expansão, a preocupação com a qualidade levou o estado a aderir ao Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), criado em 2011, por meio da Portaria GM/MS 1.654 (BRASIL, 2012B).

Como política indutora da melhoria do acesso e da qualidade da atenção à saúde, o PMAQ concluiu o primeiro ciclo de avaliações em 2013, junto às EqSF e equipes de AB parametrizadas que aderiram ao programa. Previu a realização de processos indutores de melhores resultados das equipes de saúde em associação às gestões municipais, estaduais e federal, com o intuito de proporcionar melhoria no acesso e na qualidade da atenção à saúde ofertada à população.

Trata-se de um processo complexo, organizado em quatro fases: Adesão e contratualização; Desenvolvimento; Avaliação Externa; e Recontratualização. Na fase da Avaliação Externa, foi definido um conjunto de ações visando investigar as condições de acesso e de qualidade da atenção na totalidade de municípios e equipes de AB que aderiram ao programa (PINTO; SOUSA; FLORENCIO, 2012).

Anteriormente ao processo de Avaliação Externa do PMAQ, não foram encontrados registros de estudo ou pesquisa que produzissem informações consistentes sobre a presença e as características das ações de Educação Permanente no cotidiano das EqSF que subsidiassem a elaboração de projetos coerentes com a necessidade de desenvolvimento profissional/institucional do SUS em Mato Grosso do Sul.

Trata-se, pois, de um estudo inédito, que teve como pressuposto a escassez de informações sobre tais ações, situação que tem dificultado a análise da educação dos trabalhadores, a caracterização das necessidades formativas e a formulação de políticas públicas de formação e qualificação profissional para o SUS, principalmente na AB/ESF. Portanto, teve por objetivo analisar a prevalência e as características das ações de Educação Permanente e as ações de planejamento e de gestão em interface com a Educação Permanente em Saúde (EPS), no cotidiano da AB, no Estado de Mato Grosso do Sul, a partir dos dados revelados pela Avaliação Externa do PMAQ ciclo 1.

Metodologia

Foi realizado um estudo observacional analítico transversal, utilizando os dados provenientes do primeiro ciclo da fase de Avaliação Externa do PMAQ, no estado do Mato Grosso do Sul. O estudo foi de ordem multicêntrica, com a participação de Instituições de Ensino e Pesquisa do País e seguido pelo Ministério da Saúde. A fase de Avaliação Externa no Mato Grosso do Sul

ocorreu de junho de 2012 a fevereiro de 2013, e foi coordenada pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul, com a participação da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul e da Fiocruz Mato Grosso do Sul.

A adesão das equipes foi voluntária, e, por questões organizacionais, o Ministério da Saúde estabeleceu que no, máximo, 50% das equipes de AB de cada município poderiam aderir ao PMAQ no primeiro ciclo. No estado, houve a adesão de 184 EqSFs, as quais receberam a visita *in loco* dos avaliadores do PMAQ, quando foram realizadas entrevistas com usuários, profissionais de saúde e análise documental e da infraestrutura de cada equipe de saúde avaliada. Os avaliadores foram selecionados e treinados para as atividades, utilizando-se um manual elaborado pelo Departamento de Atenção Básica/MS para tal finalidade.

Os dados coletados foram registrados e armazenados em *tablets*, por meio de um aplicativo com o instrumento de avaliação. O instrumento de avaliação foi previamente testado e validado por pesquisadores das instituições participantes da Avaliação externa do PMAQ, contendo três módulos, sendo um de observação da infraestrutura, um a ser respondido por um profissional de nível superior e um dirigido aos usuários. Após a coleta, os dados foram enviados ao Ministério da Saúde e, posteriormente, validados. Após validação, foram disponibilizados às Instituições de Ensino e Pesquisa participantes.

A partir da coletânea de dados secundários obtidos, foram selecionados como objeto de estudo os blocos de questões referentes às ações de Educação Permanente desenvolvidas pelas equipes e ações de planejamento da equipe de AB e da gestão para organização do processo de trabalho da equipe.

Os dados obtidos foram submetidos a tratamento estatístico, com nível de significância de 5% ($p < 0.05$)¹⁶, utilizando-se o *software* SPSS, versão 20.0. A associação entre as variáveis que especificaram as ações e o local (capital e interior) onde elas eram executadas foi realizada por meio do teste do qui-quadrado.

A comparação entre as proporções de respostas dos respondentes da capital com os respondentes das cidades do interior, com relação às ações das quais a equipe participou no último ano, às formas de utilização do Telessaúde e ao instrumento utilizado para autoavaliação da equipe de saúde, foi realizada por meio do teste z. Os resultados das demais variáveis avaliadas neste estudo foram apresentados na forma de estatística descritiva. O projeto de pesquisa foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob o parecer n.º 21904, de 01/03/2012.

Resultados

Os resultados apresentados foram referentes à totalidade das equipes que aderiram ao 1º ciclo do PMAQ no estado do Mato Grosso do Sul: 184 EqSF, sendo 33 de Campo Grande (capital)

e 151 de municípios do interior do estado.

Dos 184 entrevistados que compõe este estudo, 92,9% (n=171) responderam que no município foram desenvolvidas ações de Educação Permanente envolvendo profissionais da AB. Entre os que responderam afirmativamente, 100% das equipes de Campo Grande (n=33) relataram que essas ações são desenvolvidas, enquanto, no interior, 91,4% (n=138) dos respondentes confirmaram que tais ações aconteceram em seus municípios. Não houve associação significativa entre a realização dessas ações de Educação Permanente e o local (capital e interior) onde elas eram executadas (teste do qui-quadrado, p=0,080).

Observa-se na *tabela 1* que os cursos presenciais foram as ações de Educação Permanente mais realizadas no estado no último ano, e as ações referentes à Telessaúde, Tutoria/preceptoria e Rede Universitária de Telemedicina (Rute) foram mais realizadas na capital do que nos municípios do interior.

Tabela 1. Presença de ações de Educação Permanente nas equipes de saúde no estado do Mato Grosso do Sul, com subdivisão entre a capital, Campo Grande, e as demais cidades do interior

Variável/Resposta	Local		Valor de p	Total
	Campo Grande	Interior		
Há no município ações de educação permanente que envolvam profissionais da atenção básica?	(n=33)	(n=151)		(n=184)
Sim	100,0 (33)	91,4 (138)	0,080	92,9 (171)
Não	0,0 (0)	8,6 (13)		7,1 (13)
Ações de que a equipe participa ou participou no último ano	(n=33)	(n=138)		(n=171)
Cursos presenciais	93,9 (31)	84,1 (116)	0,239	86,0 (147)
Troca de experiência	81,8 (27)	68,1 (94)	0,180	70,8 (121)
Telessaúde	81,8 (27)	55,1 (76)	0,009	60,2 (103)
EAD/UNA-SUS	45,5 (15)	37,7 (52)	0,531	39,2 (67)
Tutoria/preceptoria	57,6 (19)	15,9 (22)	<0,001	24,0 (41)
Rede Universitária de Telemedicina (Rute)	24,2 (8)	1,4 (2)	<0,001	5,8 (10)
Outros	3,0 (1)	7,2 (10)	0,624	6,4 (11)
A equipe utiliza o Telessaúde para	(n=27)	(n=76)		(n=103)
Teleconsultoria	51,9 (14)	56,6 (43)	0,844	55,3 (57)
Segunda opinião formativa	59,3 (16)	51,3 (39)	0,623	53,4 (55)
Telediagnóstico	29,6 (8)	15,8 (12)	0,203	19,4 (20)
Essas ações de Educação Permanente contemplam as demandas e necessidades da equipe?	(n=33)	(n=138)		(n=171)
Sim	100,0 (33)	72,5 (100)	0,001	77,8 (133)
Não	0,0 (0)	27,5 (38)		22,2 (38)

Fonte: BRASIL, 2013

Os dados estão apresentados em frequência relativa (frequência absoluta). Valor de p no teste do qui-quadrado. Os valores de p significativos estão apresentados em negrito

Os resultados mostrados pela *tabela 2* são referentes às atividades de planejamento das ações em saúde no estado do Mato Grosso do Sul. Nos últimos doze meses, com subdivisão entre a capital, Campo Grande, e as demais cidades do interior, as atividades são realizadas por 83,2% das equipes, sem diferença entre capital e interior. Entretanto, a existência de documentação que comprove tais ações é, significativamente, menor no interior em relação à capital, assim como a definição de resultados e metas para acompanhamento do plano de ação.

No tocante ao apoio recebido pelas equipes para planejamento e organização do processo de trabalho, o *gráfico 1* mostra que 70% das equipes informaram que têm apoio para tais ações.

A maior parte dos entrevistados relatou que a gestão disponibiliza informações que auxiliam na análise de situação de saúde do território de ação das equipes (94,0%). Na capital, houve maior disponibilização de alguns recursos em relação ao interior, como consta no *gráfico 2*.

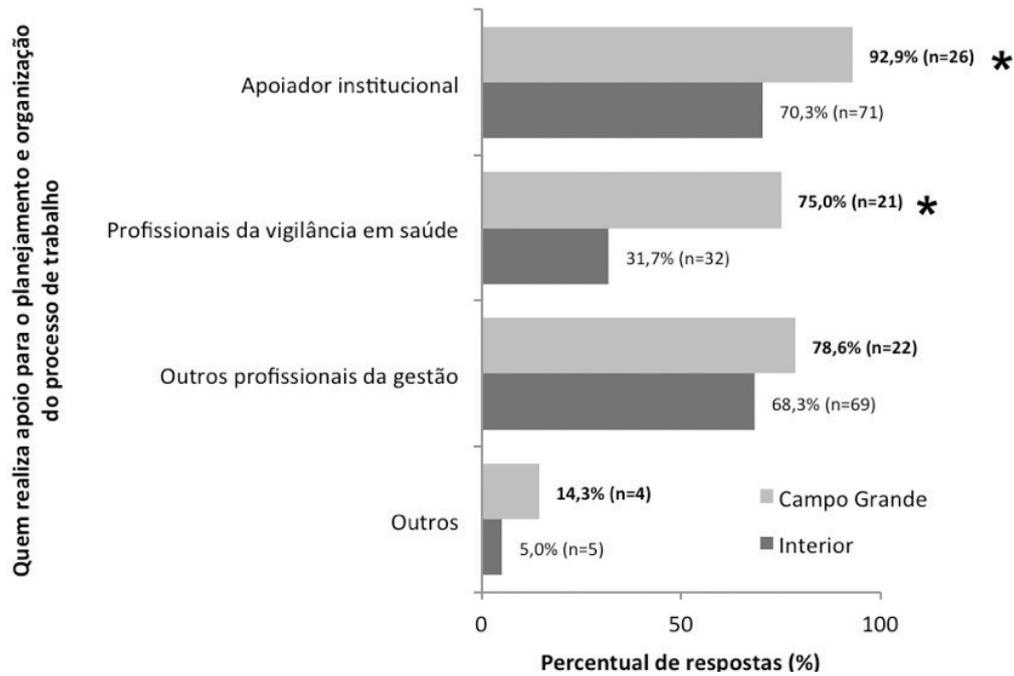
Tabela 2. Atividades de planejamento, pelas equipes de saúde, no estado do Mato Grosso do Sul, com subdivisão entre a capital, Campo Grande, e as demais cidades do interior

Variável/Resposta	Local		Valor de p	Total
	Campo Grande	Interior		
Nos últimos 12 meses, a equipe realizou alguma atividade de planejamento de suas ações?				
	(n=33)	(n=151)		(n=184)
Sim	87,9 (29)	82,1 (124)	0,690	83,2 (153)
Não	12,1 (4)	16,6 (25)		15,8 (29)
Não sabe/não respondeu	0,0 (0)	1,3 (2)		1,1 (2)
Existe documento que comprove				
	(n=29)	(n=124)		(n=153)
Sim	89,7 (26)	47,6 (59)	<0,001	55,6 (85)
Não	10,3 (3)	52,4 (65)		44,4 (68)
Foi realizado processo de levantamento de problemas				
Sim	100,0 (29)	88,7 (110)	0,114	90,8 (139)
Não	0,0 (0)	10,5 (13)		8,5 (13)
Não sabe/não respondeu	0,0 (0)	0,8 (1)		0,7 (1)
Foram elencadas prioridades				
Sim	100,0 (29)	92,7 (115)	0,343	94,1 (144)
Não	0,0 (0)	6,5 (8)		5,2 (8)
Não sabe/não respondeu	0,0 (0)	0,8 (1)		0,7 (1)
Foi estabelecido um plano de ação				
Sim	96,6 (28)	86,3 (107)	0,253	88,2 (135)
Não	3,4 (1)	12,9 (16)		11,1 (17)
Não sabe/não respondeu	0,0 (0)	0,8 (1)		0,7 (1)
Foram definidos resultados e metas para acompanhamento do plano				
Sim	93,1 (27)	72,6 (90)	0,041	76,5 (117)
Não	6,9 (2)	26,6 (33)		22,9 (35)
Não sabe/não respondeu	0,0 (0)	0,8 (1)		0,7 (1)

Fonte: PMAQ, 2013

Os dados estão apresentados em frequência relativa (frequência absoluta). Valor de p no teste do qui-quadrado. Os valores de p significativos estão apresentados em negrito

Gráfico 1. Profissionais que realizam apoio para o planejamento e a organização do processo de trabalho das equipes de saúde, na cidade de Campo Grande e cidades do interior do estado do Mato Grosso do Sul

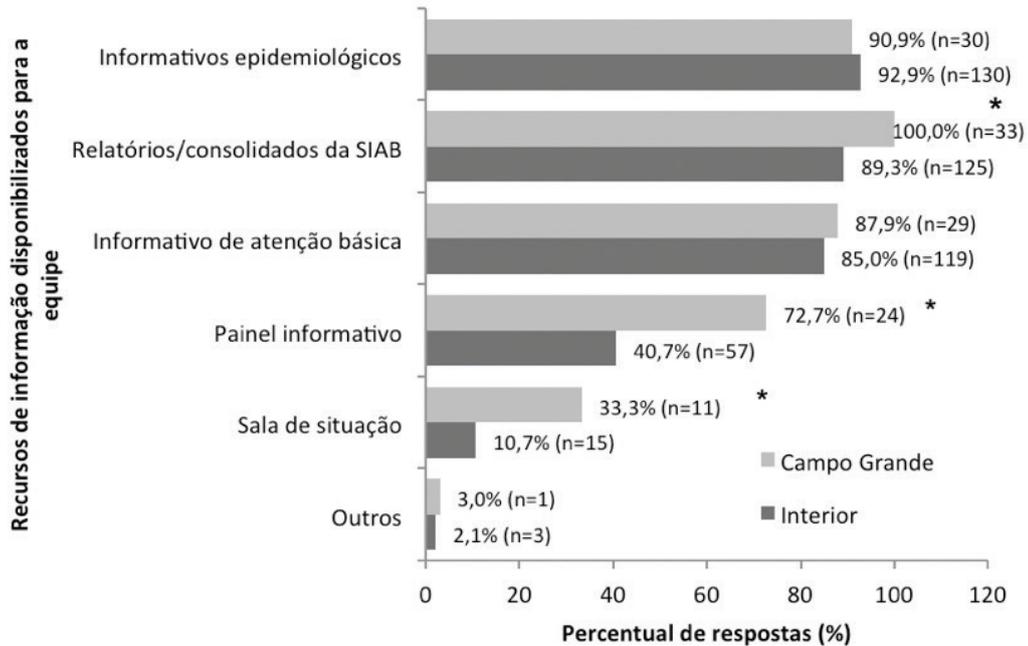


Fonte: BRASIL, 2013

Cada barra representa o valor percentual de respondentes

* Diferença significativa em relação ao interior (teste do qui-quadrado, $p < 0,05$)

Gráfico 2. Recursos de informação disponibilizados para as equipes de saúde, na cidade de Campo Grande e nas demais cidades do interior do estado do Mato Grosso do Sul



Fonte: BRASIL, 2013

Cada barra representa o valor percentual de respondentes

* Diferença significativa em relação ao interior (teste do qui-quadrado, $p < 0,05$)

Na *tabela 3*, é possível conferir que a gestão apoiou a discussão dos dados de monitoramento do Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab) e os processos de autoavaliação realizados pelas equipes, tanto na capital quanto no interior, porém, no

interior, tais ações foram menos comprovadas. A capital utilizou mais o instrumento de Avaliação para Melhoria da Qualidade (AMQ), e o interior preferiu aquele de Avaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade (AMAQ).

Tabela 3. Apoio da gestão e autoavaliação das equipes de saúde no estado do Mato Grosso do Sul, com subdivisão entre a capital, Campo Grande, e as demais cidades do interior.

Variável/Resposta	Local		Valor de p	Total
	Campo Grande	Interior		
A equipe recebe apoio da gestão para a discussão dos dados de monitoramento do Siab				
	(n=33)	(n=151)		(n=184)
Sim	97,0 (32)	78,1 (118)	0,012	81,5 (150)
Não	3,0 (1)	21,9 (33)		18,5 (34)
Foi realizado algum processo de autoavaliação pela equipe nos últimos seis meses				
Sim	81,8 (27)	71,5 (108)	0,43	73,4 (135)
Não	18,2 (6)	27,2 (41)		25,5 (47)
Não sabe/não respondeu	0,0 (0)	1,3 (2)		1,1 (2)
Existe documento que comprove				
	(n=27)	(n=108)		(n=135)
Sim	88,9 (24)	63,9 (69)	0,023	68,9 (93)
Não	11,1 (3)	36,1 (39)		31,1 (42)
Qual o instrumento/fonte utilizada				
AMAQ	25,9 (7) ^b	85,2 (92) ^a		73,3 (99)
AMQ	70,4 (19) ^a	1,9 (2) ^b	<0,00	15,6 (21)
Instrumento desenvolvido pelo município/equipe	0,0 (0) ^a	7,4 (8) ^a		5,9 (8)
Outros	3,7 (1) ^a	5,6 (6) ^a		5,2 (7)

Fonte: BRASIL, 2013

Os dados estão apresentados em frequência relativa (frequência absoluta). Valor de p no teste do qui-quadrado. Os valores de p significativos estão apresentados em negrito. Letras diferentes na linha, referentes ao instrumento que usa para autoavaliação, representam diferença significativa entre Campo Grande e cidades do interior do estado do Mato Grosso do Sul no teste z ($p < 0,001$)

Discussão

O Sistema Único de Saúde, ao adotar o conceito ampliado de saúde e a integralidade nas práticas de atenção e gestão, colocou no centro do debate a questão da formação dos profissionais de saúde, na medida em que a concepção integral do ser humano, a indissociabilidade entre teoria e prática, tornou-se premente para o adequado exercício laboral (TESSER ET AL., 2011). Embora a mudança

organizacional tenha sido orientada sob o sentido da integralidade, persistiu como desafio a articulação da riqueza da diversidade social e cultural na formação dos profissionais de saúde (RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2004).

Foi com o propósito de evidenciar caminhos da EPS e para a EPS que o presente estudo iniciou a análise das práticas educativas dos trabalhadores do SUS de Mato Grosso do Sul. Nesse sentido, foi positivo constatar que as ações de EPS estiveram presentes no

cotidiano das EqSF, visto que a quase totalidade das equipes informou que foram desenvolvidas ações de Educação Permanente que envolveram profissionais da AB.

Todavia, a predominância de cursos presenciais relatados como as ações mais realizadas pelas equipes, tanto na capital quanto no interior, indica que a essência e a complexidade da proposta da EPS, possivelmente, não tenham sido aprofundadas o suficiente para uma mudança de paradigma. Rezende (2002) e Davini (2009) destacaram que ações indicadas como EPS tanto poderiam contribuir para a implementação do caráter instituinte da Educação Permanente quanto para reforçar as práticas educativas fortemente instituídas, que perpetuam o modelo hegemônico na formação dos profissionais de saúde (ALMEIDA-FILHO, 2011, 2013).

Tal fato corrobora o estudo de Tesser *et al.* (2011), evidenciando que, entre as EqSF, o conceito vigente de Educação Permanente mais se aproximava de educação continuada e que a análise da realidade social era superficial, realizada com dados fragmentados, oriundos do Siab; que não chegavam a compor uma informação consistente que subsidiasse ações de planejamento e avaliação. Nesse sentido, as características que confeririam originalidade à política de EPS, como a porosidade da realidade social e a lógica ascendente e transdisciplinar, permaneceriam em estado latente (CECCIM, 2004).

Vale lembrar que a Portaria GM/MS1996, de 2007, adotou a EPS como um conceito pedagógico para adultos trabalhadores da saúde para qualificar os segmentos da gestão, da atenção e do controle social, com objetivos de desenvolvimento profissional e institucional, atribuindo-lhe uma característica dialética e geradora de autonomia, derivada da pedagogia freireana. Para além, também foi concebida como um desdobramento do Movimento Institucionalista em Educação, ao introduzir conceitos de autoanálise e autogestão na dinâmica da organização do trabalho (CECCIM, 2005; BRASIL, 2007).

Por sua característica ascendente, a EPS tem foco no processo de trabalho em saúde, local de encontro, de troca de saberes, que, ao promover o diálogo entre as políticas públicas e a singularidade dos lugares e das pessoas, valoriza o potencial educativo do trabalho com possibilidade de recomposição das práticas de saúde (CECCIM, 2004). Daí, a necessidade de que os aspectos metodológicos que a suportam sejam bem definidos e rompam com os paradigmas reducionistas fortemente arraigados nessa área de atuação.

Nesse sentido, a ‘troca de experiências’, ação de EPS que obteve o segundo lugar mais relatado pelas equipes na capital e terceiro no interior, deveria estar ancorada na possibilidade de ruptura com as práticas educativas fragmentadas e descontextualizadas. E, uma vez incorporada ao cotidiano do trabalho, cumpriria com objetivos de reorientar a educação dos trabalhadores por meio da educação problematizadora e da aprendizagem significativa (PAULINO *ET AL.*, 2012).

Segundo estudos de Rodrigues, Vieira e Torres (2010), as trocas de experiências desenvolvidas na metodologia da Educação Permanente constataram integração entre ensino, serviço e comunidade, em função do planejamento e da execução integrados de programa educativo. Tais características, quando presentes nos encontros da equipe, tendem a impulsionar o movimento de emancipação do modelo hegemônico de educação em saúde e o processo de transformação da cultura da saúde (ROVERE, 2005).

Ao propor o equilíbrio entre a dinâmica instituída e a instituinte, na complexa realidade do setor saúde, a Educação Permanente contribuiria para o avanço da implementação da reforma sanitária brasileira, a partir da reorganização das estruturas de gestão, atenção, formação e dos respectivos papéis (COTRIM-GUIMARÃES, 2009).

A questão metodológica tem sido um desafio junto aos novos programas dedicados ao desenvolvimento da EPS na modalidade à distância, com destaque, neste

estudo, ao Programa Telessaúde/MS e EAD/ Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS). No tocante à experiência do programa Telessaúde/MS, foi detectado percentual significativamente maior de acesso e utilização na capital, fato que chama a atenção em função de a sua implantação ter sido iniciada nas regiões mais distantes do estado. Emerge daí o pressuposto da pouca disseminação das Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) virtuais nas regiões mais longínquas da capital.

No entanto, Correia *et al.* (2012) ressaltaram que o uso de recursos de Educação à Distância (EAD) deveria ser encarado como forma de ampliação do acesso à educação e, no caso da saúde, às melhores evidências disponíveis, e não como precarização da educação, ao passo que potencializa a facilidade da disseminação da informação e do desenvolvimento profissional através das TIC, para uma articulação necessária entre saber e prática (GARCIA-BARBERO, 2006). Andrade (2011), Cunha (2009) e Faria (2010) consideraram que a EPS pode e deve ser realizada através do EAD, enfatizando sua potência para a implementação da aprendizagem significativa.

Por sua vez, a UNA-SUS configurou uma estratégia governamental para atender às necessidades de formação em larga escala, que tem, entre outros, o objetivo de apoiar a implantação da política de Educação Permanente no SUS (BRASIL, 2009). A proposta didático-pedagógica da UNA-SUS adotou metodologias de aprendizagem ativa (MITRE *ET AL.*, 2013), viabilizada por meio do ensino à distância, e ampliou equitativamente a oferta de pós-graduação em AB em saúde da família no Mato Grosso do Sul e nos demais estados federativos. As ações da EAD/UNA-SUS ocuparam a quarta posição no interior e quinta na capital quanto à utilização, sem diferença significativa em ambos os locais.

Em função de se elencar possibilidades à práxis da Educação Permanente no cotidiano das EqSF, foram analisadas as ações de planejamento e ações da gestão em interface

com a EPS. Foi positivo constatar a utilização de metodologia problematizadora no desenvolvimento das ações de planejamento, pois identificou possibilidades de se viabilizar a práxis da EPS. Ambos os locais estabeleceram planos de ação, porém, os municípios do interior demonstraram maior dificuldade do que a capital em definir resultados e metas para acompanhamento do plano.

Boa parte das equipes relatou que recebe apoio da gestão para planejamento e organização do processo de trabalho, porém, o percentual de apoiadores institucionais foi maior na capital do que no interior, estabelecendo uma correlação entre as ações da gestão e sua influência na organização do processo de trabalho das equipes. Esse é um dado promissor, tendo em vista que as ações de EPS, quando presentes no cotidiano da gestão e das equipes, tendem a ser mais profícuas em presença de apoio da gestão (GARAY; SCHEFFER, 1997).

Ressalta-se a questão dos desafios na gestão do trabalho e da educação dos profissionais de saúde no Brasil (ALMEIDA, 2013), que deve contemplar a necessidade de saúde na construção de desenhos curriculares que incluam o ideário do SUS e que estimulem o desenvolvimento de competências, habilidades e atitudes para o trabalho em equipe, imprimindo qualidade e humanização na atenção e na gestão das ações de saúde.

Conclusões

Os resultados demonstraram que, embora as ações de Educação Permanente tenham obtido um percentual expressivo a partir dos relatos das equipes avaliadas, não foi possível afirmar, neste estudo, as configurações conceitual e metodológica utilizadas nas avaliações de tais ações. Os cursos presenciais e a troca de experiências geralmente seguem o modelo assistencial adotado pela instituição de saúde, o que não ficou evidente nos resultados apresentados.

Com relação aos programas de Educação Permanente adotados, o Telessaúde e UNA-SUS, os resultados foram significativos, embora não tenha sido possível verificar a configuração metodológica dessas ações nem se as mesmas estão alinhadas aos princípios da EPS. A maior utilização do Telessaúde e da Rute na capital, como ferramentas para teleducação, demonstrou que o potencial de alcance das mesmas, como estratégias de Educação Permanente, pode e deve ser mais bem explorado, com ampliação do acesso e da utilização dessas ferramentas pelos municípios do interior do estado.

O programa UNA-SUS tem sido mais igualmente distribuído entre capital e interior, e foi positivo verificar que preconiza o uso de metodologia da EPS desde o planejamento do projeto político-pedagógico, porém, o estudo não ofereceu subsídios para verificação do seu potencial de intervenção no processo de trabalho.

As ações de planejamento foram analisadas em função da sua dinâmica problematizadora, compatível com a metodologia da Educação Permanente, e foram mais relatadas na capital do que no interior. Acompanhou essa tendência o percentual de apoio à discussão e à produção de informação consistente para subsidiar as ações de planejamento e gestão. Foi possível observar que as ações de apoio da gestão apresentaram relação direta com o percentual das ações de planejamento e organização do processo de trabalho.

Finalmente, as ações de Educação Permanente foram consideradas suficientes para atender às demandas de todas as equipes respondentes na capital, porém, no interior, 27,5% das equipes relataram ser insuficientes. A EPS tem sido mais difundida na capital e nos polos regionais do estado. Nos demais municípios do interior, constatou-se a necessidade de aprofundamento acerca dos problemas, enfoques e perspectivas inerentes ao desenvolvimento dessa política. ■

Referências

ALMEIDA-FILHO, N. M. Contextos, impasses e desafios na formação de trabalhadores em Saúde Coletiva no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 18, p. 1677-1682, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n6/19.pdf>>. Acesso em: 30 maio 2014.

_____. Ensino superior e os serviços de saúde no Brasil. *Lancet*, 2011. Disponível em: <<http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilporcom4.pdf>>. Acesso em: 30 maio 2014.

ANDRADE, C. S. G. C. *Agentes comunitários de saúde e os desafios da educação permanente: reflexões sobre a experiência do programa Telessaúde Brasil*. 2011. 119 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

BRASIL. *Censo 2010*. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=ms>>. Acesso em: 20 dez. 2014.

_____. Lei 8.142, de 28 de setembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Dário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 31 dez. 1990, p. 25694.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. *Portaria n.º 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. 2007. Disponível em: <<http://dtr2001.saude>>.

gov.br/sas/PORTARIAS/Port2007/GM/GM-1996.htm>. Acesso em: 10 dez. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

_____. Departamento de Atenção Básica. *DAB: Sistema de Apoio à Gestão*. Disponível em: <<http://189.28.128.178/sage/sistemas/relatorio/relnovo.php>>. Acesso em: 30 mar. 2014b.

_____. Departamento de Atenção Básica. *Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal Unidade Geográfica*: Estado – MS. 2013. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php>. Acesso em: 30 mar. 2014c.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 161-177, 2005. Disponível em: <<http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/textos%20eps/educacaoopermanente.pdf>>. Acesso em 30 mar. 2014.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 975-986, 2005. Disponível em: <www.lume.ufrgs.br/handle/10183/20113?locale=pt_BR>. Acesso em: 25 jan. 2015.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 14 n. 1, p. 41-65, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v14n1/v14n1a04.pdf>>. Acesso em: 23 mar. 2014.

CORREIA, A. D. M. S. et al. Telessaúde Brasil redes e teleodontologia: relato da experiência em Mato Grosso do Sul. *J Bras Tele*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p.887-895, abr./jun. 2012. Disponível em: <revabeno.emnuvens.com.br/revabeno/article/view/96>. Acesso em: 27 jan. 2015.

COTRIM-GUIMARÃES, I. M. A. *Programa de educação permanente e continuada da equipe de enfermagem da clínica médica do Hospital Universitário Clemente de Faria*: análise e proposições. 2009. 132 f. Dissertação (Mestrado profissional em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009.

CUNHA, I. S. *Educação permanente em saúde e planejamento estratégico situacional: o caso da Secretaria Estadual de Saúde do Piauí*. 2009. 102 f. Dissertação (Mestrado profissional em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009.

DAVINI, M. C. *Enfoques, problemas e perspectivas na educação permanente dos recursos humanos de saúde*. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. Departamento de Gestão de Educação em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

FARIA, M. G. A. *Telessaúde Brasil – núcleo Rio de Janeiro*: a educação permanente no trabalho de enfermeiros da atenção básica. 128 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2010.

FERLA, A. A. *Avaliação da atenção básica no Brasil: estudos multicêntricos integrados sobre acesso, qualidade e satisfação dos usuários*. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2011.

FERNANDES, M. M. *Desenvolvimento de modelo de gestão de tecnologias no Instituto Nacional de Câncer*. 2009. 141 f. (Mestrado profissional em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009.

- GARAY, A.; SCHEFFER, B. *Reestruturação produtiva e desafios de qualificação*: algumas considerações críticas. Disponível em: <<http://read.adm.ufrgs.br/read05/artigo/garay.htm>>. Acesso em: 14 abr. 2014.
- GARCIA-BARBERO, M. El valor educativo de la telemedicina. *Educ. méd.*, Barcelona, v. 9, n. 2, p. 38-43, 2006.
- MACINKO, J.; STARFIELD, B.; SHI, L. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) Countries, 1970-1998. *Health Services Research*, Chicago, v. 38, n. 3, p. 819-854, 2003.
- MATO GROSSO DO SUL. Secretaria de Estado de Saúde. Comissão Intergestores Bipartite Estadual. *Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde*. Ata da 184ª reunião ordinária. Aprovada em 12.02.2010. Campo Grande, 2010. Disponível em: <www.saude.ms.gov.br/Showfile.php?id=58253>. Acesso em: 15 jan. 2015.
- MATO GROSSO DO SUL. Secretaria de Estado de Saúde. Comissão Intergestores Bipartite Estadual. *Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde*. Ata da 205ª reunião ordinária. Aprovada em 09.12.2011. Campo Grande, 2011. Disponível em: <www.saude.ms.gov.br/Showfile.php?id=114206>. Acesso em: 15 jan. 2015.
- MITRE, S. M. et al. Metodologias ativas de aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 2, p. 2133-2144, 2013.
- PAULINO, V. C. P. et al. Ações de educação permanente no contexto da estratégia saúde da família. *Revista Enfermagem UERJ*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 312-316, 2012.
- PINTO, H. A.; SOUSA, A.; FLORÊNCIO, A. R. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação. *Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, 2012. Disponível em: <<http://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/viewArticle/624/1083>>. Acesso em: 10 dez. 2014.
- REZENDE, F. As novas tecnologias na prática pedagógica sob a perspectiva construtivista. *Ensaio – Pesquisa em Educação em Ciências*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1, p. 1-18, 2002.
- RIBEIRO, E. M.; PIRES, D. G.; BLANK, V. L. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 20, p. 438-446, 2004.
- RODRIGUES, A. C.; VIEIRA, G. L.; TORRES, H. C. A proposta da educação permanente em saúde na atualização da equipe de saúde em diabetes mellitus. *Rev. Esc Enferm.*, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 531-537, 2010.
- ROVERE, M. Comentarios estimulados por La lectura Del artículo “Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário”. *Interface Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 9, n. 16, p.161-77, set. 2004/fev., 2005.
- SHOTT, S. *Statistics for health professionals*. London: Saunders, 1990.
- STARFIELD, B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. UNESCO: Ministério da Saúde. Brasília, 2002.
- TESSER, C. D. et al. Estratégia saúde da família e análise da realidade social: subsídios para políticas de promoção da saúde e educação permanente. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, p. 4295-4306, 2011.
- UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS (UNA-SUS). *Documentos de referência*. Disponível em: <<http://www.unasus.gov.br/page/una-sus/legislacao>>. Acesso em: 14 abr. 2014.
- VALLA, V.; STOTZ, E. *Educação, saúde e cidadania*. Ed. Vozes. Petrópolis, 1994.

Recebido para publicação em abril de 2014

Versão final em dezembro de 2014

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve