

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BIOCÊNCIAS E SAÚDE – MESTRADO**

ANA CRISTINA DE MORAES

**POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE E A EDUCAÇÃO
PERMANENTE EM SAÚDE NO PARANÁ**

CASCADEL-PR
OUTUBRO/2022

ANA CRISTINA DE MORAES

**POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE E A EDUCAÇÃO
PERMANENTE EM SAÚDE NO PARANÁ**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Biociências e Saúde – Mestrado, do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Biociências e Saúde.

Área de concentração: Biologia, processo saúde-doença e políticas de saúde

Orientadora: Dra. Rosa Maria Rodrigues

CASCADEL-PR
OUTUBRO/2022

Moraes, Ana Cristina de

POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE E A EDUCAÇÃO
PERMANENTE EM SAÚDE NO PARANÁ / Ana Cristina de Moraes;
orientadora ROSA MARIA RODRIGUES. -- Cascavel, 2022.

121 p.

Dissertação (Mestrado Acadêmico Campus de Cascavel) --
Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Centro de Ciências
Biológicas e da Saúde, Programa de Pós-Graduação em BioCiências
e Saúde, 2022.

1. EDUCAÇÃO EM SAÚDE. 2. EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE. 3.
CAPACITAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE. I. RODRIGUES, ROSA
MARIA, orient. II. Título.

FOLHA DE APROVAÇÃO

ANA CRISTINA DE MORAES

**POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE E A EDUCAÇÃO
PERMANENTE EM SAÚDE NO PARANÁ**

Esta dissertação foi julgada adequada para a obtenção do título de Mestre em Biociências e Saúde e aprovada em sua forma final pela Orientadora e pela Banca Examinadora.

Orientadora: Profa. Dra. Rosa Maria Rodrigues
UNIOESTE

Profa. Dra. Solange de Fátima Reis Conterno
UNIOESTE

Profa. Dra. Brígida Gimenez Carvalho
UEL

CASCADEL-PR
OUTUBRO/2022

Dedico este trabalho à minha filha, Antonella, que esteve comigo em todos os momentos desta pesquisa, a ela, meu amor incondicional. Ao meu companheiro, que me apoiou, me incentivou e foi essencial para que eu concluísse esta pesquisa.

AGRADECIMENTOS

Meu agradecimento primeiramente é a Deus, pela minha vida. Agradeço à minha família, que de todas as formas me auxiliaram, incentivaram e apoiaram. Agradeço, de forma muito carinhosa e especial, à minha Orientadora, Rosa Maria Rodrigues, por aceitar me orientar durante este estudo, pelas horas dedicadas a esta pesquisa e principalmente pela calma, profissionalismo e carinho, nos momentos em que mais precisei de compreensão. Agradeço aos membros da banca, Profa. Dra. Solange de Fátima Reis Conterno e Profa. Dra. Brígida Gimenez Carvalho, pela disposição do seu tempo e por aceitarem participar da banca. Agradeço em especial a minha amiga Alana Larissa Galvagni, pelo auxílio nas transcrições das entrevistas, pelo incentivo e pela amizade. Agradeço a todos os professores e colegas do Programa de Mestrado de Biociências em Saúde. Agradeço a todos os participantes do estudo, que me atenderam de forma cordial e amorosa, contribuindo com o meu estudo, pelo comprometimento com a educação permanente em saúde.

RESUMO

MORAES, A. C. **Política Nacional de Educação Permanente e a educação permanente em saúde no Paraná**. 121f (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Biociências e Saúde, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, *Campus Cascavel*, Unioeste, 2022.

Após a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), exigiu-se que processos de formação profissional fossem implementados para habilitar os trabalhadores já envolvidos, assim como os que ingressavam no sistema. A formação baseada no ambiente de trabalho, por meio de um processo de aprendizagem significativa, denomina-se Educação Permanente em Saúde, processo em que a realidade e os desafios vivenciados são valorizados para o aperfeiçoamento profissional, visando à melhoria da qualidade da assistência em saúde. No estado do Paraná, a Educação Permanente em Saúde, suas estratégias e propostas são discutidas e pactuadas a partir do Plano Estadual de Educação Permanente, que trata das necessidades regionais da formação profissional. Este estudo tem como objetivo compreender como foram introduzidas e implementadas as ações para formar os trabalhadores para o SUS após a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde nas Regionais de Saúde no Estado do Paraná. A pesquisa é do tipo exploratória e qualitativa, com amostragem não probabilista intencional ou proposital. Os dados foram coletados por meio de entrevistas, realizadas em plataformas on-line, com profissionais que trabalham ou trabalharam com educação permanente em saúde nas regionais de saúde no estado do Paraná. Para guiar as entrevistas, utilizou-se um questionário semiestruturado e o tratamento dos dados foi realizado por meio de análise de conteúdo temática. Os resultados foram apresentados em três artigos. O artigo um é denominado: “Sistema Único de Saúde e a Educação Permanente em Saúde no Paraná: trajetória histórica”, que discute o fato de a educação permanente em saúde no estado ter ganhado visibilidade nos polos regionais e recrudescido após a reunião dos projetos nas Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES), pouco atuantes, concluindo que ainda há necessidade de investimentos e valorização das ações. O artigo dois é intitulado: “Entendimentos, pressupostos pedagógicos e experiências de EPS no Paraná”, em que se problematizou o fato de que a EPS acontece em duas frentes, sendo uma experiência de educação a distância, e a outra que se concentra nas ações da ESPP em conjunto com as regionais de saúde e os municípios. Já o artigo três é denominado: “Residências multiprofissionais em saúde da família: estratégia para implementação da Educação Permanente em Saúde na Atenção Básica”, em que se concluiu que as RMSF se concentram nos territórios assistidos por instituições de ensino superior ou escolas de saúde pública, requerendo-se que se ampliem esses espaços; são importantes ambientes de formação para fortalecer a atenção primária à saúde e o SUS. A educação permanente está presente nas ações do estado anteriormente à criação da política; dentre as ações, destacam-se as de educação a distância, a atuação da Escola de Saúde Pública do Paraná como catalizadora das ações e as Residências Multiprofissionais em Saúde da Família como possibilidade de ampliação da qualificada formação para a Atenção Primária à Saúde, e ainda a necessidade de maiores investimentos e discussões para reavivar a educação permanente no estado.

Palavras-Chaves: Educação em saúde, capacitação de recursos humanos em saúde, Educação Permanente em Saúde.

ABSTRACT*

MORAES, A. C. **National Policy on Permanent Education and Permanent Health Education in Paraná.** 121f (Mestrado). Postgraduate Program in Biosciences and Health, Center of Biological and Health Sciences, Campus Cascavel, Unioeste, 2022.

After the creation of the Unified Health System (SUS) it was required that professional training processes be implemented to qualify the workers already involved, as well as those who joined the system. Training based on the work environment, through a process of significant learning is called Permanent Education in Health, a process in which the reality and the challenges experienced are valued for professional development, aiming at improving the quality of health care. In the state of Paraná, Permanent Education in Health, its strategies and proposals are discussed and agreed based on the State Plan for Permanent Education, which deals with the regional needs of professional training. This study aims to understand how the actions to train workers for the SUS were introduced and implemented after the National Policy on Permanent Education in Health in the Health Regions in the State of Paraná. Exploratory and qualitative research, with intentional or purposeful non-probability sampling. Data were collected through interviews, through online platforms, with professionals who work or have worked with continuing education in health in regional health in the state of Paraná. was carried out through thematic content analysis. The results, presented in three articles. Article one called: Unified Health System and Permanent Health Education in Paraná: historical trajectory, permanent health education in the state gained visibility in regional centers and intensified after the meeting of projects in the Teaching Service Integration Commissions (CIES), little active, concluding that there is still a need for investments and appreciation of the shares. Article two entitled: Understandings, pedagogical assumptions and experiences of EPS in Paraná, it was problematized that EPS takes place on two fronts, one being a distance education experience, and the other that focuses on ESPP actions together with regional ones. of health and municipalities. Article three, called: Multiprofessional Residencies in Family Health: a strategy for the implementation of Permanent Health Education in Primary Care, in which it was concluded that the RMSF are concentrated in the territories assisted by higher education institutions or public health schools, requiring these spaces should be expanded; are important training environments to strengthen primary health care and the SUS. Permanent education is present in state actions prior to the creation of the policy; among the actions, distance education stands out, the role of the Escola de Saúde Pública do Paraná as a catalyst for actions and the Multiprofessional Residencies in Family Health as a possibility of expanding qualified training for Primary Health Care, and also the need for greater investments and discussions to revive permanent education in the state.

Keywords: Health education, training of human resources in health, Permanent Education in Health.

LISTA DE ABREVIATURAS

AB	Atenção Básica
ABS	Atenção Básica em Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária em Saúde
APSUS	Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde
ARES	Acervo de Recursos Educacionais
CEBAS	Certificação de Entidade Beneficente de Assistência Social em Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CF	Constituição Federal
CGR	Colegiados de Gestão Regional
CFRH	Centro Formador de Recursos Humanos
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIES	Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço
CNRMS	Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde
CNS	Conferência Nacional de Saúde
COAPES	Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Saúde
COREQ	Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
DEGES	Departamento de Gestão da Educação na Saúde
EAD	Educação a Distância
EIP	Educação Interprofissional
EP	Educação Permanente
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
ESPP	Escola de Saúde Pública do Paraná
ET-SUS	Escolas Técnicas do SUS
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
HU	Hospital Universitário
MEC	Ministério da Educação
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PEEPS	Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde
PEPS	Polos de Educação Permanente em Saúde
PES	Plano Estadual de Saúde
Pet-Saúde	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PREPS	Polos Regionais de Educação Permanente em Saúde
PRM	Programa de Residência Multiprofissional
PRMSF	Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família
PROADI-SUS	Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde

PRO EPS-SUS	Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no SUS
Profae	Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem
Profaps	Programa de Formação na Área de Educação Profissional em Saúde
Pró-Saúde	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
PRS	Programas de Residências em Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RMS	Residência Multiprofissional em Saúde
RMSF	Residência Multiprofissional em Saúde da Família
Sesa	Secretaria de Estado da Saúde
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UEL	Universidade Estadual de Londrina
UFPR	Universidade Federal do Paraná
UNA-SUS	Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	OBJETIVOS	17
2.1	Objetivo Geral	17
2.2	Objetivos Específicos	17
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	18
3.1	Emergência do SUS e a Educação Permanente em Saúde	18
3.2	Educação permanente e educação continuada em saúde	24
3.3	UNA-SUS	26
3.4	PROADI-SUS	29
3.5	Residências Multiprofissionais e a Educação Permanente em Saúde	31
3.6	Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde no Paraná.....	35
4	METODOLOGIA	39
4.1	Tipo de estudo	39
4.2	Local e participantes do estudo.....	39
4.3	Coleta de dados	40
4.4	Instrumentos de coleta de dados.....	41
4.5	Análise dos dados	42
4.6	Questões éticas	43
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	44
5.1	Artigo 1 – Sistema Único de Saúde e a Educação Permanente em Saúde no Paraná: trajetória histórica	44
5.2	Artigo 2 – Entendimentos, pressupostos pedagógicos e experiências de EPS no Paraná	64
5.3	Artigo 3 - Residências multiprofissionais em saúde da família: estratégia para implementação da Educação Permanente em Saúde na Atenção Básica	85
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS DA DISSERTAÇÃO	106
	REFERÊNCIAS.....	107

Apêndice I - Instrumento Orientador das Entrevistas.....	116
Apêndice II - Termo de consentimento Livre e Esclarecido.....	117
Anexo I - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa	119
Anexo II - Comprovante de Submissão de Artigo	121

1 INTRODUÇÃO

A Educação Permanente em Saúde (EPS) emergiu como uma necessidade de formação profissional a partir da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988, regulamentado em 1990. O SUS exigiu mudanças na assistência em saúde, e, conseqüentemente, formação para os trabalhadores, uma vez que, ao serem inseridos no âmbito da saúde pública, haveria a necessidade de formação adequada para este fim, pois somente cursos pontuais de determinado tema como eram ofertados, não levavam em consideração a realidade do ambiente de trabalho que seria experimentada pelos trabalhadores (CARDOSO *et al.*, 2017).

A EPS vislumbrou constituir-se em uma prática considerada inovadora, pela qual a vivência do ambiente e do processo de trabalho em saúde deveriam ser o ponto de partida para a realização das atividades educativas e para a formação continuada dos trabalhadores no sistema de saúde (PARANÁ, 2019).

Neste contexto, em 2003, criou-se no Ministério da Saúde (MS), a Secretaria de Gestão e Trabalho e Educação na Saúde (SGTES) e o Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES), que desencadearam iniciativas em face da necessária condução do SUS para a ordenação da formação dos recursos humanos. Em 2004, foi publicada a Portaria 198/2004 e, posteriormente, a Portaria 1996/2007, que criaram a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) (NICOLETTO *et al.*, 2013; BRASIL, 2018a; GONÇALVES *et al.*, 2019).

Desde então, tem-se direcionado esforços para que a educação permanente seja estratégia inerente ao “cotidiano do trabalho do SUS”, pilar da noção de educação permanente adotada pelo MS, ou seja, a nova proposta, em face das experiências anteriores, deveria partir do cotidiano do trabalho, e não mais ser ofertada a partir de cursos verticalizados e decididos nos níveis centrais da gestão do trabalho do SUS. Outros elementos norteadores das ações de Educação Permanente (EP) seriam o aprender a aprender, a aprendizagem ao longo da vida, a aprendizagem significativa, inerentes às estratégias metodológicas anunciadas como inovadoras: as “metodologias ativas”, em especial a problematização, dado que o foco é a educação de adultos (LEMOS; SILVA, 2018; SILVA; SCHERER, 2020).

A PNEPS previa que a EPS fosse desenvolvida em consonância com a organização do SUS, de forma que a Portaria 1996/2007 foi editada para que se adequasse ao Pacto pela Saúde de 2006. Nesse formato gerencial, criaram-se as

Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES), que fariam as definições das estratégias de EPS necessárias a serem pactuadas e as Comissões Intergestores Bipartites (CIB), que atuariam na interface com a gestão estadual, uma vez que a PNEPS demandava a proposição de projetos a serem financiados com recursos específicos (BRASIL, 2018b).

Nesse formato, organizaram-se os Planos Estaduais de Educação Permanente em Saúde (PEEPS), a serem desenvolvidos nas instâncias loco regionais em que o SUS acontece. Após 2011, os recursos para a PNEPS se esgotaram e a política perdeu seu vigor inicial (GONÇALVES *et al.*, 2019).

Reconhecendo a importância da EPS para a qualificação das intervenções assistenciais e gerenciais, a partir de 2013, o governo realizou estudos de análise da implantação da política nos estados e municípios. Frente aos diagnósticos e com o levantamento e a definição das dificuldades encontradas, em 2017, a SGTES deu início ao movimento de discussão sobre a PNEPS, por meio de oficinas regionais com o objetivo de sua redefinição, uma vez que vários estados manifestaram a carência pela retomada do debate sobre a sua execução para se obter uma apropriação plena. Outra dificuldade relatada refere-se ao monitoramento e avaliação das ações de EPS (BRASIL, 2018b).

O Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no SUS (PRO EPS-SUS) resultou da retomada da EPS para “estimular, acompanhar e fortalecer a qualificação profissional dos trabalhadores da área”, e para a “transformação das práticas de saúde, em direção ao atendimento dos princípios fundamentais do SUS, a partir da realidade local e da análise coletiva dos processos de trabalho” (BRASIL, 2018a, p. 7).

Pelo PRO EPS-SUS, espera-se recuperar a proposta de aporte financeiro e apoio técnico para as instâncias locais, destinando incentivo aos estados e ao Distrito Federal, por meio de recursos para elaborarem seus Planos Estaduais de Educação Permanente em Saúde (PEEPS), assim como incentivo financeiro e aporte técnico para que os municípios e o Distrito Federal executem ações de EPS, para suas equipes de Atenção Básica (BRASIL, 2018a). Essa iniciativa buscou retomar as energias para a proposição de ações de EPS, desde as instâncias locais, uma vez que, apesar de a política estar formulada desde os anos de 2004, não alcançou os impactos que se esperava, como a transformação dos processos de trabalho e a atuação da equipe na resolutividade das ações assistenciais.

Outras estratégias de EPS foram incorporadas na direção de prover formação aos trabalhadores do SUS, como o Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS) e a Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS). O PROADI-SUS se volta para o desenvolvimento institucional do SUS, no qual hospitais que se enquadram na designação de hospitais de excelência são apoiados pela renúncia fiscal por parte do governo federal para executar projetos que transfiram, desenvolvam e incorporem novos conhecimentos, tecnologias e práticas de gestão e de prestação de serviços de saúde em áreas como: “estudos de avaliação e incorporação de tecnologias; capacitação de recursos humanos; pesquisas de interesse em saúde; ou desenvolvimento de técnicas e operação em serviços de saúde” (TCU, 2017, p. 4).

A UNA-SUS, considerada um arranjo institucional promovido pelo MS, é específica para desenvolver educação a distância na área da saúde, criada pelo Decreto n.º 7.385/2010. É coordenada conjuntamente pela SGTES do MS e pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), agregando uma rede de 35 instituições de ensino para oferecer oportunidades de qualificação e EPS para todo o país, por meio de cursos a distância. Para tanto, ancora-se em uma plataforma de gerenciamento dos cursos, denominada Plataforma Arouca, e conta com o Acervo de Recursos Educacionais em Saúde (ARES), no qual são depositados os produtos educacionais do Sistema (CAMPOS; LEMOS; OLIVEIRA, 2017). É possível perceber que se ampliaram as atividades desenvolvidas pela EPS, pela criação da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS) e ações acordadas com instituições privadas, como o PROADI-SUS.

No Estado do Paraná, a EPS, suas estratégias e propostas são discutidas e pactuadas a partir do Plano Estadual de Educação Permanente (PEEPS), que trata das necessidades regionais para os processos de formação profissional (PARANÁ, 2019). Estas, por sua vez, encontram-se em diferentes níveis de atenção à saúde, vislumbradas tanto na atenção básica de saúde quanto na atenção hospitalar.

A configuração da EPS exposta mostra que ela emerge para mudar o processo de formação dos trabalhadores para o SUS, de maneira que eles pudessem ser instrumentalizados para resolver os problemas do cotidiano do trabalho no SUS, tomando as metodologias ativas como núcleo da política. Ao par dessa política pública de formação, outras se colocaram para chegar ao fim da segunda década do século XXI com ações de educação permanente predominantemente a distância, como na

UNA-SUS e no PROADI-SUS. Observa-se que a abertura para a oferta de educação permanente coincide com o corte dos recursos para a PNEPS, em 2011.

Assim, questiona-se: Quais relações se estabeleceram entre as diversas iniciativas de EPS vigentes? Quais são as possibilidades de que a EPS a distância cumpra com o preceito da PNEPS, que previa que as ações de saúde emergissem dos problemas do cotidiano? Como os sujeitos gestores da EPS nas regionais de saúde do Estado do Paraná avaliam os 16 anos da PNEPS no estado?

Entendendo esse processo de formação profissional como ferramenta para a melhoria da qualidade da assistência em saúde, é preciso analisar como as iniciativas oficiais para a EPS se constituíram no Estado por meio da problematização das ações de educação permanente.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Compreender como foram introduzidas e implementadas as ações para formar os trabalhadores para o Sistema Único de Saúde após a proposta da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde nas Regionais de Saúde no Estado do Paraná.

2.2 Objetivos Específicos

Descrever o processo de construção da Educação Permanente em Saúde no Paraná, na visão dos profissionais que a implementaram nas Regionais de Saúde.

Averiguar quais ações de Educação Permanente em Saúde foram implementadas no estado do Paraná.

Apreender como os profissionais avaliam a implementação das ações de Educação Permanente em Saúde no estado do Paraná.

Identificar se as ações desenvolvidas pela UNA-SUS e PROADI-SUS têm adentrado no estado como estratégia de Educação Permanente em Saúde.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Emergência do SUS e a Educação Permanente em Saúde

Pensar em concepções de saúde e na organização do sistema de saúde no Brasil é algo primordial para que se entenda o surgimento da educação na saúde, especialmente a educação permanente em saúde.

As explicações sobre o processo de adoecimento e os conceitos de saúde foram se modificando ao longo do tempo; observa-se, pelo estudo do tema, que discorrer sobre a doença torna-se mais fácil do que conceituar saúde. As explicações sobre adoecimento ao longo da história sofreram variações, que vão desde a explicação mítica-religiosa, tendo a doença como uma vontade divina, e a saúde como ausência desta, até a forma mais ampliada, a qual considera, além dos elementos biológicos, os de cunho social, cultural e o modo de vida de cada indivíduo (BATISTELA, 2007).

O surgimento de novas explicações para o processo de adoecimento não significa a superação total das teorias anteriores. Mesmo com o conhecimento de que a doença é resultado de fatores diversos, ainda existem serviços com predomínio de uma visão restrita de saúde, de modo que a definição de saúde se dá como ausência de doença, podendo estar presente nas áreas exclusivamente tecnológicas e de diagnóstico, sendo disseminada no senso comum (BATISTELA, 2007).

Essa visão mais restrita, focada na doença, vem sendo modificada a partir da publicação de um conceito amplo de saúde, pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que considera saúde como um estado completo de bem-estar físico, psíquico e social, o qual se faz útil para analisar os fatores que intervêm sobre a saúde, porém, inatingível, devido à sua amplitude (SCLIAR, 2007).

No Brasil, o processo de mudanças na área da saúde teve início com o movimento da Reforma Sanitária na década de 1970, porém, ganhou força após a transformação no cenário político, com o fim da ditadura militar e o retorno do regime democrático. Esses acontecimentos estimularam a mobilização da sociedade na busca por melhorias no sistema de saúde. Nesse período, a atenção de saúde era restrita aos trabalhadores com vínculos formais de trabalho, de forma privada, ou por meio dos hospitais de caridade, e passou então a ser ofertada de forma gratuita e universal (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

A VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada no ano de 1986, consta como um marco desse processo, pois, dentre as demandas, estão a proposta de fortalecimento do setor público de saúde, a expansão da cobertura a todos os cidadãos e a integração da medicina previdenciária à saúde pública, constituindo assim um sistema único. A promulgação da Constituição Federal (CF), em 1988, garantiu, em lei, saúde como direito de todos e dever do Estado, garantindo a criação do SUS em 1990, sustentado nos princípios da equidade, integralidade e universalidade (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

A CF e as leis que regulamentaram o SUS (Lei n.º 8.080/1990 e Lei n.º 8.142/1990) incorporaram o conceito ampliado de saúde, tendo como inspiração as discussões da VIII CNS, a qual evidenciou que saúde é o resultado das condições de alimentação, educação, meio ambiente, renda, bem como o acesso aos meios de transporte, emprego, lazer e serviços de saúde, definidos em um contexto histórico de determinada sociedade, resultante da organização social e de produção (BRASIL, 1986; PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

Conforme apontam Campos *et al.* (2017), a criação de um novo sistema de saúde, o SUS, prevê a necessidade e traz como atribuição a formação profissional articulada à demanda de atuação no sistema. O movimento da Reforma Sanitária deu início ao trabalho conjunto entre os setores da saúde e educação, o qual determina a ordenação para “formação de recursos humanos para a saúde, cujo processo vem sendo compreendido e consolidado de várias maneiras pela sociedade brasileira num arranjo político-institucional intersetorial entre a saúde e a educação” (CAMPOS *et al.*, 2017, p. 9).

A busca pela ampliação e desenvolvimento do SUS e a proposição de um modelo de saúde universal e gratuito, com organização em diferentes esferas com base nacional, regional e local impulsionou a criação de políticas de aperfeiçoamento profissional. Essa demanda passou a utilizar o potencial educativo do próprio ambiente do trabalho e deu origem à Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) (MACHADO *et al.*, 2015).

Essa foi proposta para promover mudanças na formação e atuação dos profissionais de saúde no Brasil, em que a educação no ambiente de trabalho busca integrar a realidade destes com a aprendizagem, possibilitando a transformação da assistência em saúde prestada pelos profissionais. Assim, a PNEPS baseia-se em um trabalho integrado entre o sistema de saúde e as instituições formadoras, objetivando

a identificação dos problemas, conjuntamente com a construção de soluções referentes ao processo de trabalho em saúde (BRASIL, 2005).

O surgimento da EPS no Brasil se deu na década de 1980, todavia, institucionalizou-se como Política Nacional de Educação Permanente em Saúde em 2004, cujo marco inicial foi a fundação da SGTES, no ano de 2003, que se responsabilizou pela criação de políticas públicas de gestão, formação e qualificação dos trabalhadores, bem como da regulação profissional em saúde no país (BRASIL, 2018a).

Após a criação da SGTES, em 13 de fevereiro de 2004, foi publicada, pelo Ministério da Saúde, a portaria GM/MS 198/2004, a qual instituiu a PNEPS. Essa ação do MS propõe uma política de transformação para as iniciativas de educação na saúde, visando a melhoria na qualificação, organização dos serviços e processos formativos, práticas pedagógicas e desenvolvimento dos trabalhadores por meio do engajamento intersetorial, o qual deve envolver gestores, trabalhadores, estudantes e usuários do setor de saúde (BRASIL, 2004; FRANÇA, 2017).

A secretaria foi organizada em departamentos, dentre eles o Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES), responsável pela educação técnica, superior e popular, pela elaboração de ações educativas e desenvolvimento dos recursos humanos na saúde com a estruturação de vários programas. Podem ser citados: Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (Pet-Saúde), Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (Profae), Programa de Formação na Área de Educação Profissional em Saúde (Profaps) e Fortalecimento das Escolas Técnicas do SUS (ET-SUS) (HADDAD *et al.*, 2008).

Nesse processo de discussão de formação profissional no cenário nacional, surgiu a proposta do quadrilátero de formação da área da saúde, sustentado na articulação entre ensino, gestão, atenção e controle social; uma proposta de articulação entre diferentes setores e atores para a reformulação das práticas pedagógicas e de saúde (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Inicialmente, o modelo de gestão da PNEPS ocorreu por meio dos Polos de Educação Permanente em Saúde (PEPS), os quais deveriam reconhecer as necessidades regionais de formação profissional e orientavam as estratégias de qualificação da atenção à saúde, gestão e controle social. Os PEPS ainda previam a colaboração de instituições de ensino da área da saúde, gestores, escolas técnicas,

núcleos de saúde coletiva, trabalhadores, estudantes, conselhos, movimentos sociais, hospitais de ensino e serviços de saúde (BRASIL, 2004).

Contudo, em 2006, após a publicação do Pacto pela Saúde, substituiu-se a portaria anterior pela portaria GM/MS n.º 1.996/2007, para tratar sobre as diretrizes de implantação da PNEPS e propor a condução regional da política por meio das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES), com o objetivo de incorporar de forma descentralizada, nas instituições de saúde, o processo de formação profissional pautada nas diretrizes do SUS e abordagem integral do processo saúde-doença de um modo mais capilar e próximo das necessidades loco regionais (BRASIL, 2018b).

O protagonismo da esfera estadual nesta nova proposta se consolidou com as CIES, formadas por gestores, trabalhadores do SUS, instituições de ensino e movimentos sociais, agregando-se aos Colegiados de Gestão Regional (CGR), dispositivo que ficou responsável por elaborar um Plano de Ação Regional de EPS em consonância com os Planos Estaduais e Municipais de Educação na Saúde, e executá-los de acordo com a EPS (VENDRUSCOLO *et al.*, 2018).

Em seu estudo, França (2016) revelou que o processo de instituição das CIES ocorreu em diferentes momentos e movimentos, dentre os quais, destacam-se o movimento de sensibilização das instituições, seminários para debate e esclarecimentos da política, reuniões e parcerias com os colegiados intergestores e os regionais de saúde para implantação das CIES. Esta passa a ser a nova instância intersetorial e interinstitucional permanente com participação na elaboração, condução e desenvolvimento da PNEPS.

O conhecimento da realidade local, bem como das carências existentes em determinadas regiões e serviços, permite a ampliação da cobertura assistencial de territórios. Utilizar a EPS como um instrumento de análise crítica e constituição de conhecimentos sobre a realidade local requer a participação de diferentes profissionais e áreas do saber, abrindo espaço para o trabalho interdisciplinar adaptado, portanto, às situações de saúde em cada nível local do sistema de saúde (FRANÇA, 2017).

Esse novo cenário possibilitou aos Estados ordenar a formação de profissionais para a saúde e incrementar o desenvolvimento científico e tecnológico, com ações de educação e de desenvolvimento para o trabalho. Com base em uma metodologia crítica e reflexiva, em que se levaria em conta o conhecimento prévio dos profissionais,

utiliza-se a aprendizagem significativa a fim de aproximar a realidade do trabalho, o contexto social e a teoria (FRANÇA, 2017; PERNAMBUCO, 2019).

A EP é fundamentada na pedagogia da problematização, que deve visar ao desenvolvimento do trabalho grupal reflexivo para transformar as práticas dos serviços, concepção que ressalta a capacidade do aluno de identificar problemas no seu cotidiano, de acordo com a realidade vivenciada, e buscar soluções capazes de transformá-la (VENDRUSCOLO *et al.*, 2018). A problematização interdisciplinar consiste em uma base fundamental na promoção de mudanças nas práticas de saúde.

De acordo com Lemos (2016), a aprendizagem significativa contida na PNEPS refere-se a uma abordagem ativa, na qual o trabalhador precisa ter disposição para aprender, devendo levar em conta seu potencial e suas dificuldades, considerando suas experiências vividas para a construção do conhecimento. A aprendizagem ocorre quando o que será aprendido se relaciona com aquilo que a pessoa já sabe, ou seja, quando a nova informação se ancora, de alguma forma, nos conhecimentos prévios da pessoa (BRASIL, 2005).

Ao evidenciar a realidade da aprendizagem significativa, emerge também a metodologia do aprender a aprender, que permite ao indivíduo maior autonomia na busca de novos conhecimentos. Essa construção, a partir das suas necessidades e da elaboração do processo de descoberta, resulta no protagonismo e participação ativa do trabalhador, de acordo com seu objetivo e necessidade de aprendizado (LEMOS, 2016; FRANÇA, 2017).

O conceito de aprendizagem ao longo da vida é outro ponto relacionado com os fundamentos pedagógicos adotados pela PNEPS, uma vez que aborda a necessidade da aquisição constante do saber. Cabe destacar que a educação acompanha a existência dos indivíduos ao longo de toda a vida, um processo amplo de humanização, socialização e subjetivação do ser humano (PASSONE, 2019).

Aprender ao longo da vida sugere que o indivíduo é um ser incompleto e em constante evolução, em processo de aprendizagem, buscando construir uma sabedoria capaz de contribuir com a gestão e melhoria da qualidade do trabalho e resolutividade dos serviços. Compreende que o processo de educação ocorre e acompanha o indivíduo ao longo da vida, pois trata-se de um processo amplo de humanização e socialização do ser humano (PASSONE, 2019).

As metodologias ativas são propostas para contribuir com a melhoria na qualidade e maior resolutividade dos serviços assistenciais de saúde, o que consiste

atualmente em desafio para o SUS. Para alcançar melhores resultados, as diferentes esferas governamentais consentem que é necessário melhorar a formação e qualificação dos profissionais da saúde, e é por meio da PNEPS que se busca transformar as práticas do trabalho, com base em reflexões críticas, propondo o encontro entre o ensino e o trabalho, por meio da intersecção entre o aprender e o ensinar na realidade dos serviços (PARANÁ, 2019).

Essa forma de aprendizagem deve envolver o ambiente de trabalho e se inserir na realidade vivenciada pelos profissionais nas instituições de saúde, caracterizando-se em um instrumento pedagógico de aprimoramento profissional e desenvolvimento permanente da força de trabalho individual e coletiva, baseado na sua singularidade e orientadas para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde (ABATI, 2011).

Ao oportunizar ao trabalhador estudar assuntos e temas relacionados com sua prática de trabalho, a EPS deve ser “construída como instrumento para transformar o profissional de saúde em um profundo conhecedor da sua realidade local” (MICCAS; BATISTA, 2014, p. 171).

A reflexão acerca do processo de trabalho, construída por meio da realização de ações de EPS pode corroborar à diminuição da alienação e burocratização, ampliando o acesso à informação e melhorando a autoestima, bem como o envolvimento com a realidade de trabalho em que se inserem os trabalhadores do SUS (BRASIL, 2014).

Como apontam Sena *et al.* (2017), a EPS busca a valorização do trabalho e dos trabalhadores, sendo uma forma de melhoria na qualidade da assistência em saúde proposta pelo MS, contribuindo para o fortalecimento do SUS e integração entre ensino e serviço. Tornou-se importante ferramenta de consolidação do SUS, uma vez que se pode qualificar os profissionais e conduzi-los para a transformação dos modelos de assistência de saúde. Conforme estudo realizado por Freitas (2018), a EPS contribui com as ações de gestão e atenção em saúde, por meio da identificação dos problemas de saúde local e reflexões sobre a realidade.

A utilização das práticas educativas ganha destaque pela tentativa de unir diferentes setores e atores para melhorar a assistência em saúde. “A educação, sem dúvida, é um instrumento potente para corrigir o descompasso entre a orientação da formação, o desenvolvimento dos profissionais de saúde e os princípios e as diretrizes do SUS” (BRASIL, 2014, p. 5).

O estabelecimento de relação entre o SUS e a PNEPS, para possibilitar a formação de trabalhadores em consonância com seus princípios, mostra um diagnóstico em que, com a emergência do SUS, coloca-se em pauta a necessária formação de seus profissionais. Desse diagnóstico, a PNEPS foi a estratégia gerencial da formação sustentada em fundamentos pedagógicos claros: aprender a aprender, aprendizagem significativa, aprendizagem a partir do cotidiano e dos seus problemas com desprestígio dos formatos precedentes, como cursos regulares, estratégias formais e presenciais de ensino para o SUS, indicando a aprendizagem ao longo da vida, como a imagem objetiva a ser construída pelos trabalhadores em saúde no SUS.

Diante desse diagnóstico, passou-se a polarizar os conceitos de educação permanente e educação continuada em saúde como excludentes e que precisariam ser incorporados para que a PNEPS se fizesse implementar.

3.2 Educação permanente e educação continuada em saúde

A educação como processo dinâmico e de aquisição de conhecimento está diretamente relacionada com a saúde, uma vez que necessita de um constante aprimoramento dos métodos; nesse sentido, destacam-se as ações de educação continuada e educação permanente em saúde. Ao ser proposta, a EPS trouxe consigo uma distinção entre as formas anteriores de fazer a formação dos trabalhadores em saúde, e estabeleceu a diferenciação entre os conceitos de educação permanente e educação continuada.

A discussão das ações educativas para os trabalhadores incorporados na área da saúde começou a ganhar espaço a partir dos anos de 1970, quando a OPAS (Organização Pan-Americana da Saúde) promoveu debates sobre o tema. Neste primeiro momento, desenvolveu-se o que se denomina educação continuada em saúde, uma forma de sanar o déficit de conhecimentos e habilidades da formação, ou ainda da necessidade dos trabalhadores devido a novas funções, práticas e equipamentos (CAVALCANTI; GUIZARDI, 2018).

A educação continuada se caracteriza pela atualização profissional por meio de ações educativas de acordo com a demanda aflorada da necessidade do trabalho, promovendo uma reflexão técnica contínua. Essa busca por novos conhecimentos objetiva o desenvolvimento de competências e habilidades para melhorar a qualidade da assistência de saúde prestada aos usuários (PEIXOTO *et al.*, 2013).

Conforme destacam Campos e Santos (2016), a educação continuada tem influência do caráter escolar na forma de transmitir o conhecimento, o que desfavorece o alinhamento entre a teoria e a prática. Assim, destaca-se a distinção entre a educação continuada e a educação permanente em saúde, em que a primeira tem por objetivo a transmissão de conhecimentos sem levar em conta os problemas cotidianos da atividade laboral, e a segunda tem como enfoque a reelaboração do conhecimento, conforme a realidade do trabalho, valorizando as ações entre a equipe e usuários (PEIXOTO *et al.*, 2013).

Cavalcanti e Guizardi (2018) contribuem, definindo que a educação continuada é uma alternativa de obtenção de conhecimento para suprir uma deficiência, já a educação permanente investe nas atividades do trabalho para a obtenção de conhecimentos.

A educação continuada é desenvolvida de acordo com pressupostos metodológicos tradicionais, contemplando atividades com período definido de execução, as quais “visam promover a aquisição sequencial e acumulativa de informações técnico-científicas pelo trabalhador, por meio de práticas de escolarização de caráter mais formal [...]” (BRASIL, 2018, p. 10) pela transmissão de conhecimentos.

A educação permanente, por sua vez, é definida como um processo educacional constante e ativo, aprendizagem incorporada na realidade do trabalho e do indivíduo, visando maior autonomia para a problematização da própria prática profissional. Diferentemente das propostas tradicionais de ensino, em que se utilizavam apenas treinamentos pontuais, essa nova forma de aperfeiçoamento valoriza, além do crescimento técnico, as questões pessoais e humanas, o trabalho interprofissional e a melhoria da relação entre equipes profissionais (PEIXOTO *et al.*, 2013).

É descrita pelo Ministério da Saúde como uma vertente educacional com possibilidade de construção do conhecimento e de:

[...] gerar reflexão sobre o processo de trabalho, autogestão, mudança institucional e transformação das práticas em serviço, por meio da proposta do aprender a aprender, de trabalhar em equipe, de construir cotidianos e eles mesmos constituírem-se como objeto de aprendizagem individual, coletiva e institucional (BRASIL, 2018, p. 10).

A articulação entre educação e saúde, oportunizada pela educação permanente, tem como aliadas as instituições formadoras, pois, com a EPS, busca-se a transformação na promoção do conhecimento, utilizando-se da realidade prática do trabalho para tornar o profissional capaz de realizar melhorias na prestação de serviços à população (MICCAS; BATISTA, 2014). Essa integração é importante, pois espera-se que, a partir das mudanças na formação, haverá melhoria na qualificação dos profissionais e, conseqüentemente, nos serviços de saúde.

Campos, Sena e Silva (2017, p. 2) tratam a educação permanente como “aprendizagem no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho”, pois consideram a realidade dos serviços para o enfrentamento dos problemas encontrados.

Na Atenção Básica, a participação dos envolvidos contribui para a efetividade dos serviços, o que torna relevante considerar as relações de trabalho; é com esse olhar que Silva *et al.* (2017) citam a EPS como um apêndice, o qual deve ser encarado como parte da gestão das atividades em saúde, baseado nos problemas cotidianos das equipes de saúde.

Além das unidades básicas de saúde, as instituições hospitalares também constituem um importante local de desenvolvimento da educação permanente, uma vez que absorvem grande parte dos profissionais de saúde e se apresentam como um sistema complexo de cuidados. O ambiente hospitalar é marcado pelo modelo tecnicista, requerendo avançar em relação à mudança do modelo de atenção à saúde (LAVICH *et al.*, 2017).

Em que pesem as diferenciações, entende-se que não é possível se contrapor educação continuada e educação permanente, pois ambas são necessárias para fazer avançar a formação para atuar no SUS.

Na busca de alternativas para a qualificação profissional, sejam elas de educação continuada ou educação permanente, o Ministério da Saúde criou sistemas para oferta de cursos para trabalhadores inseridos no âmbito da saúde pública, para que, por meio deles, o acesso a esse tipo de formação fosse ampliado, criando-se assim a UNA-SUS.

3.3 UNA-SUS

A necessidade de qualificar os trabalhadores da saúde fez com que o Ministério da Saúde buscasse alternativas em diferentes modalidades de ensino, e foi com o

advento da educação a distância que se criou o sistema Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS), a partir do decreto 3.785/2010, cujo objetivo é a oferta de cursos de capacitação à distância e de forma gratuita para trabalhadores do SUS, a fim de manter estes em constante processo de aprendizado (OLIVEIRA *et al.*, 2015).

É gerenciada pela SGTES/MS e pela Fundação Osvaldo Cruz, para desenvolver atividades de educação à distância no âmbito do SUS. Incorpora o Acervo de Recursos Educativos em Saúde (ARES) (abrigando e disponibilizando, para acesso livre, os materiais didáticos, tecnológicos, científicos e experiências produzidos pelas instituições parceiras) e a Plataforma Arouca, que é o ambiente em que estão disponíveis os cursos que a UNA-SUS oferta, todos de livre acesso e gratuitos, de acordo com as categorias profissionais habilitadas para cursá-los (BRASIL, 2020).

Dentre os objetivos propostos com a implementação da UNA-SUS, estão o atendimento às necessidades de EPS, a oferta de especializações e qualificação de profissionais da saúde pública, ampliar o alcance das tecnologias educativas, reduzir as desigualdades regionais da EPS e contribuir com integração ensino-serviço (BRASIL, 2010).

Essa modalidade se contrapõe ao que na teoria seria a EPS, uma vez que a realidade de trabalho e as necessidades encontradas no dia a dia são mais difíceis de serem abordadas por meio de cursos on-line e gravados, não sendo um processo dinâmico de aquisição de conhecimentos inseridos na mesma realidade encontrada no trabalho. Por outro lado, outras leituras emergem para afirmar que a EAD seria a superação dos modelos tradicionais de formação, pois possibilitaria a multi e a interdisciplinaridade.

A multidisciplinaridade que essa modalidade possibilita por meio das tecnologias digitais e EAD, os conteúdos e atualizações desenvolvidos e trabalhados nas instituições de ensino, tendem à aproximação e influência mútua, possibilitando a evolução integrada de suas áreas de conhecimento. O trabalho multidisciplinar e interdisciplinar, superando modelos pedagógicos tradicionais, promovem a integração entre ensino, serviços e demandas sociais fundamentais na produção de cursos a distância da UNA-SUS (CARVALHO; STRUCHINER, 2017). O sistema está alicerçado em três pilares, dentre os quais estão a própria rede UNA-SUS, o Acervo de Recursos Educacionais (ARES) e a Plataforma Arouca, apoiados pela Secretaria Executiva (SE/UNA-SUS), que é responsável pela parte técnica e científica dos

sistemas e das necessidades do SUS. Conforme descrito pelo Ministério da Saúde, o sistema se caracteriza por uma rede colaborativa, composta por 35 instituições de ensino públicas, que possuem a oferta de ensino a distância. O estado do Paraná tem como participante a Universidade Federal do Paraná (UFPR). Dentre as ações ofertadas, estão cursos de especialização e aperfeiçoamento voltados para atenção básica e saúde pública (BARRAL-NETTO *et al.*, 2018).

A Plataforma Arouca, por sua vez, é constituída por um sistema de dados dos trabalhadores de saúde do Brasil. Ela concentra um histórico educacional e profissional dos usuários cadastrados, além de proporcionar ao profissional a visualização das oportunidades de aperfeiçoamento mais próximas da sua localidade. Já o ARES é um acervo virtual para o armazenamento, organização, disseminação e preservação de documentos em formato digital, sendo possível o acesso, pelo público, aos materiais construídos pelas instituições que compõem a UNA-SUS (BARRAL-NETTO *et al.*, 2018).

Essa rede constitui-se por princípios que visam à promoção de educação continuada para o desenvolvimento dos trabalhadores do SUS, educação permanente baseada no cotidiano do trabalho, ações educacionais conforme a necessidade regional de formação dos profissionais (BRASIL; HADDAD, 2017).

O Sistema UNA-SUS trabalha no desenvolvimento, disponibilização e manutenção de instrumentos viabilizadores do intercâmbio entre instituições e profissionais de saúde, capazes de permitir o acesso integrado a todos os serviços de apoio à educação a distância do Sistema Universidade Aberta do SUS e dar transparência, ao público em geral, das atividades desenvolvidas e dos produtos ofertados (BARRAL-NETTO *et al.*, 2018).

Os cursos de especialização são ofertados gratuitamente pelas instituições que compõem o sistema, com conteúdo referente à atenção básica, e os alunos são acompanhados por tutores on-line, conforme o desenvolvimento do curso, com acesso a avaliações e, ao final do curso, realiza-se uma avaliação presencial com a apresentação do trabalho de conclusão do curso (BARRAL-NETTO *et al.*, 2018).

Para Carvalho e Struchiner (2017), a relação de contribuição entre unidades de áreas de conhecimento diferenciadas sugere a oportunidade de avanço no conhecimento da universidade, na constituição das ações de educação a distância da UNA-SUS. São eleitas instituições universitárias de ensino presencial com representação social, credibilidade acadêmica e do reconhecimento, para

estabelecimento de convênios, considerando seu renome nacional e experiência em formação superior de profissionais de saúde para ofertarem cursos de forma on-line.

Marin *et al.* (2017) verificaram que, após a realização de um curso de especialização em saúde da família a distância, pode-se observar modificações na prática cotidiana do trabalho com aproximação dos princípios e diretrizes do SUS, ampliação da visão das necessidades de saúde da população, reconhecimento da função e da importância dos diferentes profissionais e tomada de decisões em reunião de equipe; mudanças que possibilitaram melhoria do processo de gestão, a partir da organização do trabalho e planejamento das ações.

A nova tendência de encontros virtuais, reforçados pela pandemia, ainda sofre resistência por parte dos profissionais, que encontram dificuldade de interação no ambiente on-line, os quais tornam-se passivos no processo de ensino-aprendizagem.

A amplitude e a grande demanda pela formação de profissionais no país têm levado o MS a recorrer a parcerias com diferentes instituições. Além do UNA-SUS, as atividades de EP são desenvolvidas pelo programa PROADI-SUS, por meio da parceria com instituições filantrópicas que recebem isenção fiscal para atendimentos de saúde e formação profissional para o SUS.

Apesar de não serem ações oficiais de educação permanente, existe financiamento por parte dos governos e uma assimilação por parte dos profissionais para que essas atividades façam parte da educação permanente nos serviços de saúde. Contudo, essa terceirização ou mesmo privatização não vai de encontro com o que se propõe com a política, mas atende de forma pontual às necessidades mercadológicas mais urgentes da saúde (MESQUITA, 2019).

3.4 PROADI-SUS

O PROADI-SUS, instituído em 1998, pelo Decreto n.º 2.536, possibilitou às entidades filantrópicas acessarem a desobrigação de isenções fiscais, mediante a proposição de projetos voltados para o SUS. O início das atividades para o apoio ao SUS por essas entidades se deu pela regulamentação trazida pela Portaria n.º 3.276, de 28 de dezembro de 2007, estabelecendo os parâmetros de aprovação e os projetos que poderiam ser propostos pelas instituições que quisessem se habilitar ao desenvolvimento de projetos de apoio ao SUS. A Lei n.º 12.101, de 27 de novembro de 2009, dispôs sobre a certificação das entidades beneficentes de assistência social

e os procedimentos para a isenção de contribuições sociais. Essa lei delimitou o conceito de Hospital de Excelência, no qual se enquadraram seis instituições, sendo cinco da cidade de São Paulo. Após termos de ajuste em 2008, as instituições iniciaram a proposição dos projetos que compuseram o primeiro triênio, compreendendo os anos de 2009 a 2011 (DECIT, 2011).

Por meio de projetos elaborados para serem desenvolvidos em triênios com ações de educação, pesquisa, avaliação de tecnologias, gestão e realização de assistência especializada, os hospitais considerados de excelência fazem jus à Certificação de Entidade Beneficente de Assistência Social em Saúde (CEBAS)¹ (DECIT, 2011).

No âmbito da EPS, a colaboração do PROADI-SUS ocorre por meio da realização de cursos de qualificação profissional. Segundo Koerich, Erdmann e Lanzoni (2020), a participação dos profissionais é fortemente estimulada devido à relevância e certificação de excelência das instituições responsáveis pelo desenvolvimento das atividades educativas.

O PROADI-SUS, até 2017, havia passado por três triênios sofrendo alterações e regulamentações ao longo destes anos. A renúncia fiscal referente ao PROADI-SUS, no período de “2009 a 2017, totalizou R\$ 4.012.643.748,25, conforme informações fornecidas por meio da Ouvidoria do SUS, referentes aos três triênios de execução” (MORAIS; ROSA; ARAGÃO, 2019, p. 472).

Estudo mostrou que suas ações se voltam, além de outras atividades, especialmente às assistenciais, para a capacitação de trabalhadores para o SUS, por meio de cursos de pós-graduação, cursos técnicos e de aperfeiçoamento profissional; identificou que o PROADI-SUS desenvolve ações não contempladas pelo SUS que podem ser benéficas ao sistema, mas que requerem “refinamento quanto à aprovação, monitoramento e prestação de contas, para que seus processos e resultados sejam transparentes para as entidades, Ministério da Saúde e a população em geral” (MORAIS; ROSA; ARAGÃO, 2019, p. 472).

A avaliação das pesquisas desenvolvidas no âmbito do PROADI-SUS evidenciou avanço no conhecimento produzido em relação às doenças crônicas não

¹ As entidades que recebem a Certificação de Entidade Beneficente de Assistência Social têm imunidades de contribuições para a seguridade social. São pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, aceitas como beneficentes de assistência social para prestar serviços nas áreas de saúde, assistência social e educação (BATAZAR NETO; TORRES, 2020).

transmissíveis, mas persiste lacuna para se identificar se esses conhecimentos gerados estão sendo transferidos para a gestão e aprimoramento do sistema (MORAES *et al.*, 2019).

Em seu estudo, Bussotti *et al.* (2013) destacam a importância da EPS na prática assistencial, uma vez que profissionais qualificados de acordo com sua realidade de trabalho contribuem para resultados favoráveis no desfecho de tratamentos de saúde com maior qualidade e segurança. Tendo em vista a contribuição das instituições de saúde de excelência por meio do PROADI-SUS, o que se vislumbra é uma mudança no modelo cultural de qualidade, assim, esses hospitais servem como modelos e impulsionam os profissionais de saúde a realizarem qualificações para melhoria do SUS.

A transferência de conhecimentos e de tecnologias existentes nos hospitais de ponta, por meio de parcerias firmadas entre o setor público e privado, visa a atingir um número maior de profissionais de saúde. Em entrevista, Mesquita (2019) revela que a privatização das ações de educação permanente produz e reproduz concepções que não atendem aos requisitos propostos pelo SUS, mas que formam a partir de uma lógica capitalista, atendendo a uma demanda do mercado, porém, não atinge as necessidades de saúde da população.

Nesse sentido, ações avaliativas do processo de implementação das ações de educação permanente devem ser realizadas, partindo-se da realidade local, por exemplo, a realidade vivenciada no estado do Paraná, de acordo com a demanda dos colaboradores e dos serviços.

3.5 Residências Multiprofissionais e a Educação Permanente em Saúde

O desenvolvimento de recursos humanos na saúde constitui-se um desafio aos gestores de políticas públicas; assim, discussões sobre a formação profissional em saúde que utilizem a EPS como estratégia para o desenvolvimento do processo ensino-aprendizagem têm sido pauta constante de debate, ao considerar que a formação sob o olhar da promoção e prevenção da saúde é responsabilidade das diferentes esferas de gestão do SUS, de forma a efetivar seus princípios de diretrizes (ROCHA *et al.*, 2017; MORSCH, 2018; SILVA *et al.*, 2021).

Ao considerar que o trabalho é o elemento importante do processo formativo (D'AVILA *et al.*, 2014; MICCAS; BATISTA, 2014), o MS, por meio da PNEPS, assumiu

a responsabilidade de ordenar a formação dos recursos humanos da saúde (MEDEIROS *et al.*, 2010; LEMOS, 2016).

A PNEPS pretendia avançar para as mudanças da formação em saúde pela estratégia da EPS, com a finalidade de formar e qualificar profissionais de saúde voltados para a atenção das demandas oriundas do processo de trabalho em saúde, utilizando metodologias centradas nos trabalhadores, especialmente desenvolver o aprender a aprender e a aprendizagem significativa (BRASIL, 2004; BRASIL, 2007).

Nessa direção, o MS, articulado com o Ministério da Educação (MEC), ao apoiar a implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), em 2001, intensificou seu papel ordenador das políticas de formação, incentivando a formação profissional com vistas ao desenvolvimento de competências. Para tanto, Projetos como o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) e o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (Pet-Saúde) demonstram a iniciativa do MS em promover mudanças na formação inicial em saúde, por meio da aproximação entre as instituições formadoras e os serviços de saúde (PINHO; GARCIA; MARTINS, 2018). Além da formação inicial, tem apoiado a implantação de Programas de Residência Multiprofissional em Saúde, no formato de especialização *lato sensu*, na perspectiva de formação em serviço, e por ser uma potente estratégia de formação para o trabalhador em saúde.

A articulação da educação e saúde tem como aliadas as instituições formadoras, pois, com a EPS, busca-se a transformação na geração do conhecimento, utilizando a realidade prática do trabalho para tornar o profissional capaz de realizar melhorias na prestação de serviços à população (MICCAS; BATISTA, 2014). Essa integração é importante, pois é a partir das mudanças na formação inicial e permanente que se pode qualificar os profissionais para o SUS e, conseqüentemente, ofertar melhores serviços de saúde.

Assim, desde a criação do SUS, faz-se necessário formação para os trabalhadores do sistema que estão na Rede de Atenção à Saúde (RAS) e os que nele vão se inserindo (RODRIGUES; MORAES; SILVA, 2021). Existem atualmente diversos programas de especialização voltados para a formação desses profissionais, dentre estes, destacam-se os Programas de Residências em Saúde (ROCHA *et al.*, 2017).

As Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS) constituem-se em modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu*, sob a forma de curso de

especialização, caracterizado por ensino em serviço, de responsabilidade da educação e saúde, com carga horária de 60 (sessenta) horas semanais e duração mínima de vinte e quatro meses, em regime de dedicação exclusiva (BRASIL, 2021a).

Os Programas de residência são caracterizados como formação de excelência, com o objetivo de contribuir para o processo de atuação dos profissionais com ênfase na Estratégia Saúde da Família (SILVA *et al.*, 2020). Entre suas finalidades, destaca-se a integração ensino-serviço, entendida como estratégia potente de formação, tanto para o residente quanto para o serviço em que ele está inserido, tendo como cenários de prática as unidades saúde da família e outros serviços disponíveis na rede (ROCHA *et al.*, 2017).

A integração ensino-serviço nos cenários da AB, por meio da residência em saúde, deve beneficiar não somente as instituições formadoras e os profissionais residentes, mas também requer a construção de objetivos em comum entre os setores envolvidos, para que haja, de fato, a integralidade nas ações prestadas aos usuários desse serviço e, assim, a produção do conhecimento científico, cumprindo com o propósito de transformação da realidade percebida (COSTA; AZEVEDO, 2016).

Assim, as RMS inserem-se em uma política pública de EP e se pautam na aprendizagem reflexiva de problemáticas encontradas no contexto de cada comunidade e território, com potencial transformador da realidade local, por meio das ações realizadas na rede de serviços, buscando a construção e reconstrução de conhecimentos (SILVA *et al.*, 2016). É modalidade de formação que converge para que profissionais de saúde possam ter atuação profissional orientada pelos princípios da EPS, reforçando a importância de que a RMS seja um dispositivo de formação para atores engajados politicamente com a EPS (SILVA *et al.*, 2014).

Os Programas de Residência Multiprofissional apresentam-se como uma possibilidade para a elaboração de políticas de formação de recursos humanos na saúde, pois essa gerou pequenas rupturas na política hegemônica da formação superior em saúde, quando as residências eram exclusividade da área médica. E, depois, por ser uma estratégia para a implantação do SUS (ROSA; VASCONCELOS, 2014).

Os Programas de RMS se propõem a ser alicerce para a realização de formação qualificada dos profissionais de saúde, a partir do desenvolvimento da integralidade e da interdisciplinaridade como práticas cotidianas na construção do conhecimento, por meio do treinamento em serviço, contribuindo, assim, para o

surgimento de novas práticas de ensino e novos modelos de atenção à saúde (MOTA, 2016).

Desse modo, os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (PRMSF) são norteados por estratégias pedagógicas que se configuram por meio das RAS, tendo a atenção básica como espaço privilegiado de trabalho. Adotam dispositivos de gestão ampliada, o que permite a formação fundamentada na atenção integral, multidisciplinar e interdisciplinar e a educação permanente como eixo transversal e transformador da realidade (BRASIL, 2021a).

Assim, os PRMSF são propostos e executados por instituições de ensino ou, diretamente, por Escolas de Saúde Pública estaduais ou municipais, propiciando espaços de vivência da articulação ensino-serviço e de formação no cotidiano do trabalho em saúde (RODRIGUES; MORAES; SILVA, 2021).

Possuem como principal cenário o contexto da AB na Estratégia Saúde da Família (ESF), nos termos da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), (Portaria n.º 2.436/2017), em que a ESF é o formato desejável para expansão e consolidação da AB. Esta, por sua vez, configura-se como a coordenadora do cuidado dentro da RAS e porta de entrada preferencial do SUS. Dentre alguns princípios norteadores da ESF, há o vínculo com o usuário do serviço, integralidade, participação social, intersetorialidade, dos quais emergem resultados favoráveis ao cuidado em saúde da população (BRASIL, 2017a).

Os PRMSF podem contribuir com a revisão do modelo assistencial, na medida em que formam um novo perfil profissional em saúde, humanizado e preparado para responder às reais necessidades de saúde dos usuários, família e comunidade, e, assim, possibilitar a construção de estratégias de assistência à saúde, ampliando a resolutividade da ESF (BRASIL, 2021a).

Nesse sentido, os PRMSF estão apoiados no processo de ensino, aprendizado e exercício profissional *in loco*, pautado na formação de profissionais com habilidades e especialidades segundo as necessidades locais, com a perspectiva de que o profissional é parte integrante no processo de trabalho em saúde (MELLO *et al.*, 2018). Desse modo, impulsionando a formação de profissionais para uma atuação diferenciada no SUS, visto que presume trabalho em equipe, multiprofissional e interdisciplinar, fortalecendo o movimento de mudanças positivas na formação em saúde (SILVA *et al.*, 2016; MELLO *et al.*, 2018). O modelo de formação a partir dos

PRMSF, em desenvolvimento no Brasil, tem sido uma estratégia importante de formação profissional em serviço (ALBUQUERQUE; SANTANA; ROSSIT, 2018).

Os processos de trabalho no âmbito da Rede de Atenção à Saúde são indutores de mudanças nas políticas e nas decisões técnicas que estejam relacionadas ao eixo de formação profissional, assim, os PRMSF possibilitam articular trabalho e educação na saúde, promovendo espaço de consolidação de saberes e práticas, de forma a efetivar a implantação da PNEPS. O programa de fortalecimento da EPS lançado pelo MS traz à luz a importância do tema e as diferentes possibilidades na educação profissional no estado.

3.6 Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde no Paraná

De acordo com Gonçalves *et al.* (2019), a implementação da PNEPS é uma atividade complexa, pois, dentre os fatores dificultadores encontrados, tem-se a secundarização das ações, pela falta de compreensão de sua importância por parte dos gestores, a rotatividade desses gestores, a descontinuidade dos repasses financeiros desde 2011. A utilização de modelos tradicionais de cursos e atividades para alguns profissionais, juntamente com modelos inovadores com trabalho em equipe, educação interprofissional, métodos ativos de ensino-aprendizagem, por exemplo a educação a distância mediada pelas tecnologias de informação e comunicação; dificuldades com a infraestrutura para a EPS, desde recursos físicos, humanos e falta de compreensão do conceito de EPS.

As discussões sobre a retomada nas ações de EPS ocorreu a partir de uma iniciativa do Governo Federal, tendo como disparador as avaliações desencadeadas pelo MS, em 2017, em oficinas regionais, nas quais buscou construir alternativas para que a política fosse revigorada, o que resultou no desenho do Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no SUS, o PRO EPS-SUS, por meio da Portaria GM/MS n.º 3.194, de 28 de novembro de 2017, objetivando:

[...] estimular, acompanhar e fortalecer a qualificação profissional dos trabalhadores da área da saúde, para a transformação das práticas de saúde, em direção ao atendimento dos princípios fundamentais do SUS, a partir da realidade local e da análise coletiva dos processos de

trabalho. Tal iniciativa se caracteriza pelo repasse financeiro do MS diretamente aos municípios para que realizem ações de EPS nos territórios (BRASIL, 2018b, p. 23).

A retomada do financiamento para custeio das atividades de educação permanente nos Estados e Municípios compõe o principal incentivador para a realização dos Planos Estaduais de Educação Permanente em Saúde (PEEPS), previstos como instâncias locais de apoio técnico institucional e financeiro (BRASIL, 2018b).

Outra ação desempenhada foi a realização do primeiro Laboratório de Inovação de Educação na Saúde da América Latina, com a EPS como tema. Essa experiência foi realizada por meio de um ambiente virtual, para reunir e compartilhar vivências, realizar ciclos de debates e materiais técnicos, bem como desenvolver estudos de casos e intercâmbio técnico e científico sobre a EPS. Como resultado, tem-se a publicação técnica NavegadorSUS, em que se reuniram quinze principais experiências com possibilidade de reprodução nos diversos ambientes e possibilidades do SUS, exemplos de práticas de aperfeiçoamento dos serviços e melhorias no cuidado em saúde (BRASIL, 2018b).

Para contribuir com as iniciativas na formação dos profissionais, o MS integrou em suas ações de fortalecimento da educação na saúde a Educação Interprofissional (EIP), quando as atividades se fazem entre duas ou mais profissões, com aprendizado conjunto e de modo interativo, convergindo com sua área do conhecimento para melhoria da qualidade dos serviços (BRASIL, 2018a).

No cenário brasileiro, as ações de EIP que se destacam são as residências multiprofissionais voltadas para a ESF, porém, a integração dessas ações com o MEC prevê o incentivo do trabalho interprofissional desde a formação inicial nas graduações.

Ao encontro das demais práticas realizadas por esses ministérios, tem-se o COAPES, que é o Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Saúde,

[...] um dispositivo da PNEPS ofertado aos atores do SUS (gestores, trabalhadores e usuários) e da Educação Superior da área da saúde (gestores, docentes e estudantes) para promover processos participativos de construção da formação e desenvolvimento profissional no e para o SUS. [...] têm como objetivo a produção de conhecimento, a partir dos problemas construídos na experiência do cotidiano dos cenários de formação, que muitas vezes são os serviços de saúde e os territórios (BRASIL, 2018b, p. 64).

Com esses contratos, as redes de saúde favorecem a inserção dos estudantes e residentes de forma multiprofissional, de forma a auxiliar na formação dos profissionais que já trabalham na rede e os que se encontram nas instituições de ensino.

A regionalização da gestão do SUS compõe uma das propostas contidas na PNEPS, como forma de atender às necessidades do sistema de saúde nacional de acordo com cada realidade. Para o desenvolvimento dos trabalhos regionais, criaram-se as Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES), responsáveis pelas definições das estratégias de EPS. Nesse formato, organizaram-se os PEEPS, a serem desenvolvidos de acordo com a realidade estadual, em que realmente ocorrem as ações do SUS. A Educação Permanente em Saúde no estado do Paraná se estabeleceu por meio do PEEPS, que está articulado ao PES 2016-2019 e norteou a construção da diretriz de “Gestão do Trabalho e da Educação Permanente em Saúde do Plano 2020-2023” (PARANÁ, 2019).

A gestão estadual estruturou suas ações com o objetivo de tornar a população mais saudável, tendo como base quatro pilares: a implantação de Redes de Atenção, fortalecimento da Atenção Primária à Saúde e da Atenção Hospitalar Resolutiva e o desenvolvimento da política de Educação Permanente em Saúde no estado (PARANÁ, 2019).

Dentre as instituições de ensino vinculadas à educação permanente no estado, destaca-se a Escola de Saúde Pública do Paraná (ESPP) e o Centro Formador de Recursos Humanos (CFRH), atuando na formação técnico-profissionalizante e superior. A articulação, planejamento e coordenação da educação em saúde é realizada pelas unidades da Secretaria de Estado da Saúde (Sesa), trabalhando com o aprimoramento da educação continuada e com os movimentos de EPS voltados para trabalhadores já inseridos no SUS no âmbito estadual ou municipal (PARANÁ, 2019).

A Sesa conta atualmente com 22 Regionais de Saúde, que se configuram em quatro Macrorregiões de Saúde, de forma que Londrina é a sede da Macrorregião Norte; Maringá, da Macro Noroeste; Cascavel, da Macro Oeste; e Curitiba, da Macro Leste (PARANÁ, 2019).

A construção do PEEPS no estado ocorreu de forma participativa entre gestores e trabalhadores para o levantamento das necessidades e apontamento das competências em cada uma das Macrorregiões do Estado. No Paraná, a identificação

das necessidades e planejamento das ações foram realizadas por meio de cinco oficinas nas macrorregionais de EPS (PARANÁ, 2019).

Conforme apontam Nicoletto *et al.* (2013), a regionalização e a implantação dos polos regionais no Paraná possibilitaram uma participação mais ativa dos trabalhadores da saúde na construção da política, transpondo a posição de espectador para protagonista. Ressaltam que os atores envolvidos no processo de implantação do PEEPS não obtiveram uma compreensão total, o que denota a complexidade e subjetividade na concretização da política pública no cenário estadual.

Diante do apresentado, reforça-se a necessidade de avaliação constante e investimentos para atualizações de conhecimento e práticas em saúde, estimulando para que, de fato, seja implantada a EP, visando a contribuir com a melhoria na qualidade dos serviços de saúde prestados à população.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

A pesquisa científica, de acordo com Prodanov e Freitas (2013), tem como objetivo a explicação de um fenômeno, parte da formulação de um problema de acordo com o conhecimento prévio do pesquisador. Busca por novos conhecimentos e deve estar alicerçada em métodos que garantam caráter científico ao estudo.

Trata-se de estudo exploratório com abordagem qualitativa. Os estudos exploratórios envolvem, de uma forma geral, etapas de levantamento bibliográfico, entrevistas com indivíduos que se relacionaram de forma prática com o problema investigado e análise de exemplos que estimulem a compreensão (PRODANOV; FREITAS, 2013). Por sua vez, a abordagem qualitativa permite estudar processos sociais que ainda não estejam explorados ou compreendidos para produzir novas abordagens, criar e recriar conceitos e categorias no processo de investigação. Pode ser aplicada ao estudo da história, das representações, percepções e opiniões que os participantes elaboram sobre suas vidas, sentem, pensam e se constroem (MINAYO, 2010).

4.2 Local e participantes do estudo

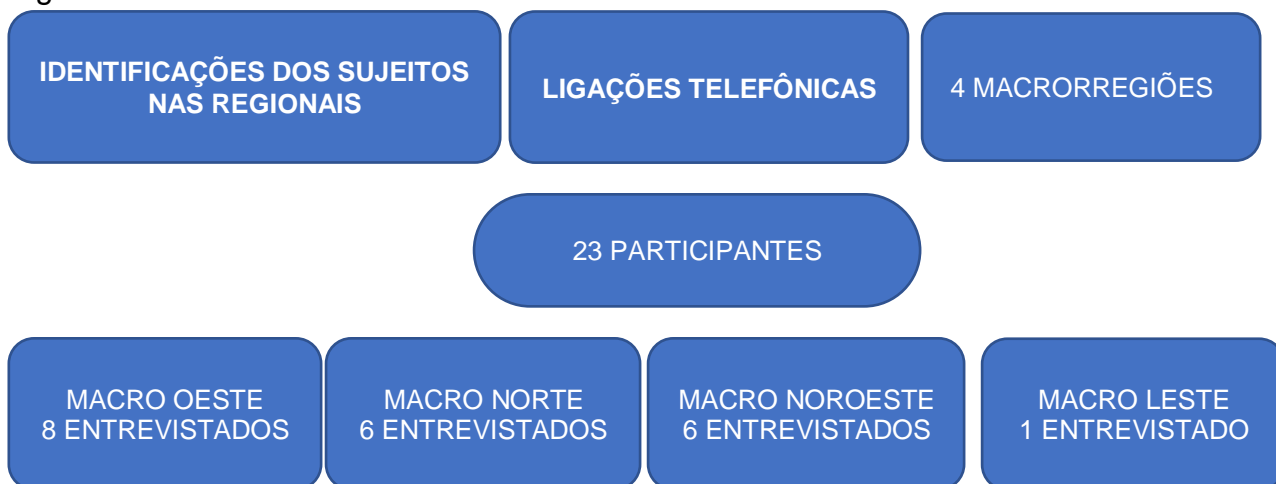
A pesquisa acessou pessoas que atuaram e/ou ainda atuam na educação permanente em saúde, nas regionais de saúde do estado do Paraná. Foram selecionados utilizando-se amostragem não probabilista intencional ou proposital, os que acompanharam e atuaram em ações de educação permanente desde a implantação da PNEPS, em 2004, sendo necessário acessar mais de um sujeito e, inclusive, aqueles que já estão aposentados. Estes foram localizados a partir de contato via telefone com as regionais de saúde do Estado; os telefones foram acessados pelo site oficial da secretaria de saúde do estado do Paraná.

Após a coleta das primeiras entrevistas, utilizou-se a metodologia pela estratégia de rede ou bola de neve (POLIT; BECK, 2011; BOCKORNI; GOMES, 2021), em que era solicitado que os entrevistados indicassem colegas de uma mesma ou de outra regional de saúde, que trabalhassem ou que trabalhou com ações de educação permanente em saúde. Esses contatos repassados davam acesso ao *WhatsApp*

desses atores, sendo encaminhado então o convite para a participação do estudo. A Escola de Saúde Pública do Paraná também foi inserida no estudo pela significativa participação e realização de ações de educação permanente no estado, e por ter sido citada em várias conversas com os participantes.

Foram entrevistados aqueles que aceitaram participar, totalizando 23 participantes, distribuídos nas regionais de saúde. O Estado conta com 22 regionais de saúde, concentradas em quatro macrorregiões; a maior em número de regionais é a macrorregião Leste, abrangendo sete regionais de saúde, e foi a macrorregião com menor número de entrevistados, contabilizando uma entrevista nessa macrorregião. As macrorregiões Norte e Noroeste contabilizaram seis entrevistas para cada uma delas, já a macrorregião Oeste contou com oito entrevistados, sendo a macrorregião com maior número de entrevistas. As três entrevistas restantes foram realizadas com atores do Escola de Saúde Pública do Paraná.

Figura 1 – FLUXOGRAMA DE ENTREVISTAS



Fonte: a autora.

Foram excluídos aqueles que se recusaram a participar ou mesmo os que não foram encontrados pelos meios disponibilizados para o estudo.

4.3 Coleta de dados

A coleta de dados ocorreu por meio de entrevistas on-line, em plataformas de reunião específica, as quais permitiram chamadas de áudio e vídeo em tempo real. Os participantes foram previamente informados sobre o estudo e, após aceitarem

participar, foi agendado data e horário adequados, de acordo com a disponibilidade do entrevistado para a realização da entrevista.

As entrevistas ocorreram por meio de videochamada pelo *WhatsApp*², por telefone ou pelo *Google Meet*³, de acordo com escolha e possibilidades do momento de pesquisadores e participantes. Cabe ressaltar que os entrevistados que optaram pela realização de chamada pelo aplicativo de vídeo e áudio do *WhatsApp* utilizaram dados móveis particulares, uma vez que as regionais de saúde não disponibilizam internet móvel para os colaboradores.

O período de coleta de dados compreendeu de 13 de julho de 2021 a 10 de setembro de 2021; as duas primeiras entrevistas foram conduzidas por duas entrevistadoras e, posteriormente, em separado; ao final, as gravações foram salvas e anotações foram registradas em um diário de campo com as percepções das entrevistadoras. O tempo das entrevistas foi de 62 minutos para a entrevista mais longa e 11 minutos para a mais curta, com média de tempo de 32 minutos; todas as entrevistas foram utilizadas.

4.4 Instrumentos de coleta de dados

O instrumento de coleta de dados elaborado constituiu-se de um questionário semiestruturado, que serviu de guia durante as entrevistas. O instrumento foi organizado em dados de identificação e questões direcionadas para o atendimento aos objetivos do estudo, contemplando, portanto, a inserção da pessoa nas ações de EPS, o seu conhecimento sobre a PNEPS, a UNA-SUS e o PROADI-SUS, bem como o conhecimento acerca de residências multiprofissionais em saúde da família (Apêndice I). As entrevistas foram gravadas e transcritas integralmente.

² O *WhatsApp* pertence ao Facebook, e é um app gratuito de troca de mensagens e de chamadas de vídeo e de voz. O app é simples, confiável e privado e funciona mesmo se a conexão à internet for lenta.

³ Google Meet é uma plataforma de videoconferências do Google, pertencente ao Workspace, que oferece planos gratuitos e pagos para criação de reuniões com até 250 pessoas, com duração de até 24 horas, criptografia e uma série de recursos disponíveis.

4.5 Análise dos dados

A análise dos dados foi realizada por meio de análise de conteúdo. A análise de conteúdo é apontada, por Minayo (2010), como técnica de pesquisa que permite replicar e reproduzir os dados em determinadas condições. Neste estudo, o conteúdo das entrevistas foi submetido à análise de conteúdo do tipo temática.

A análise de conteúdo temática divide-se em três etapas; a primeira, chamada de pré-análise, é caracterizada pela aproximação do leitor com o material coletado e ocorre por meio de leituras exaustivas para a identificação de núcleos de sentido. O leitor retoma os objetivos e hipóteses e realiza o cruzamento das questões; para isso, alguns passos são contemplados, dentre eles a exaustividade, leitura dos dados contemplando os aspectos do problema inicial; representatividade, exposição de características do conjunto investigado; homogeneidade na escolha dos temas; significância, dados para responder aos objetivos do estudo, formulação e reformulação de hipóteses e objetivos, ocorre a revisão da pergunta inicial e, se necessário, reformula-se o pressuposto inicial do estudo ou identificam-se novas questões não percebidas anteriormente (MINAYO, 2010).

A segunda etapa é constituída pela construção de categorias por meio da investigação do material, após rigorosa leitura e investigação. A categorização parte da determinação e registro de palavras, frases, temas ou acontecimentos relevantes, os quais serão considerados pela frequência na sistematização dos dados, permitindo, assim, a associação dos dados e a escolha de categorias (MINAYO, 2010).

A última fase que compõe a análise temática é o tratamento dos resultados e interpretação dos dados obtidos. Nessa etapa, devem-se destacar as informações relevantes e complexas obtidas na pesquisa para propor conclusões e interpretações, a partir dos fundamentos teóricos construídos inicialmente pelo pesquisador (MINAYO, 2010).

A orientação para a produção, sistematização e análise dos dados qualitativos foi realizada com critérios do guia Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ), traduzido e validado para o português falado no Brasil, por Souza *et al.* (2021).

4.6 Questões éticas

Este estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Oeste do Paraná e à Secretaria Estadual de Saúde do Paraná, para apreciação, uma vez que teve como participantes as pessoas que atuaram/atuam na gestão da educação permanente nas regionais de saúde do Estado do Paraná, o qual foi aprovado por meio do parecer número 4.715.679 e CAAE 46753521.6.0000.0107 (Anexo I). Foram atendidas as normas das pesquisas envolvendo seres humanos, presentes na Resolução CNE n.º 466/2012 (BRASIL, 2012) e orientações para pesquisas on-line dispostas no Ofício Circular n.º 2/2021/CONEP/SECNS/MS (BRASIL, 2021b). Os participantes receberam, por via eletrônica, e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice II) e o devolveram por meio digital. As falas estão identificadas com a letra E, para indicar entrevistada(o), seguida de numerais de 1 a 23.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados do estudo foram sistematizados em três artigos apresentados a seguir.

Artigo 1: Sistema único de Saúde e a Educação Permanente em Saúde no Paraná: trajetória histórica.

Artigo 2: Entendimentos, pressupostos pedagógicos e experiências de EPS no Paraná.

Artigo 3: Residências multiprofissionais em saúde da família e formação para o Sistema Único de Saúde. Este enviado para publicação na Revista Interdisciplinar de Estudos em Saúde (RIES) (Anexo II).

5.1 Artigo 1 – Sistema Único de Saúde e a Educação Permanente em Saúde no Paraná: trajetória histórica

Resumo

A educação permanente em saúde (EPS), criada para orientar a formação dos profissionais de saúde, ao longo dos anos, tornou-se ferramenta na consolidação do SUS. O objetivo deste estudo foi descrever o processo de construção da EPS no Paraná, na visão dos profissionais que atuam nas Regionais de Saúde e averiguar quais ações de EPS foram implementadas no estado. Estudo descritivo de abordagem qualitativa, tendo como participantes 23 profissionais envolvidos com EPS, entrevistados on-line, no período de julho a setembro de 2021. As entrevistas foram submetidas à análise de conteúdo temática. Emergiram as temáticas: A EPS como ferramenta de implantação do SUS; Polos Regionais de Educação Permanente em saúde no Paraná; O financiamento da Educação Permanente em Saúde; A educação permanente em saúde no contexto presente. Conclui-se que a educação permanente em saúde no estado está em processo de construção, pois ganhou visibilidade nos polos regionais e recrudescer após a reunião dos projetos nas Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES), pouco atuantes. Conclui-se que há necessidade de investimentos e valorização das ações de EPS.

Descritores: Educação Continuada, Formação Continuada, Força Laboral em Saúde, Sistema Único de Saúde.

Introdução

A Educação Permanente em Saúde (EPS) emergiu como uma necessidade de formação profissional a partir da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988, regulamentado em 1990. A criação do SUS exigiu mudanças na assistência em saúde e, conseqüentemente, formação dos trabalhadores, uma vez que, ao serem inseridos no âmbito da saúde pública, haveria a necessidade de formação adequada, pois somente cursos pontuais não dariam conta da realidade de trabalho a ser experimentado pelos trabalhadores (CARDOSO *et al.*, 2017).

A EPS vislumbrou constituir-se em uma prática considerada inovadora, pela qual a vivência do ambiente e do processo de trabalho em saúde deveriam ser o ponto de partida para a realização das atividades educativas e para a formação continuada dos trabalhadores no sistema de saúde (PARANÁ, 2019).

Vista como estratégia transformadora das práticas assistenciais e capaz de romper com os processos tradicionais de formação dos trabalhadores em saúde, bem como contribuir com o desenvolvimento pessoal, social e cultural, postulando que o profissional seja gestor da sua formação no trabalho, desenvolvido de forma interdisciplinar, para alcançar soluções eficientes dos problemas vivenciados na assistência (FRANÇA *et al.*, 2016).

Na APS, as ações de EPS são vistas como importante ferramenta na contribuição para a melhoria na qualidade do atendimento aos usuários por alterar as práticas dos trabalhadores, os quais precisam atuar de forma multidisciplinar, estabelecendo parcerias com gestores, instituições de ensino, o serviço de saúde e a comunidade, para reorientar as atividades profissionais e os processos de trabalho, visando à consolidação do SUS (SANTOS; CAVALCANTE; AMARAL, 2019). De outra parte, alterar os processos de trabalho requer investimentos públicos, tanto diretamente financeiros quanto na formação do pessoal envolvido no cuidado em saúde, para o que a EPS é indispensável (PINHEIRO; AZAMBUJA; BONAMIGO, 2018).

Nesse contexto, em 2003, criou-se no Ministério da Saúde (MS), a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) e o Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES), que desencadearam iniciativas em face da necessária condução do SUS para a ordenação da formação dos recursos humanos. Em 2004, foi publicada a Portaria n.º 198/2004 e, posteriormente, a Portaria

1996/2007, que criaram a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) (NICOLETTO *et al.*, 2013; BRASIL, 2018a; GONÇALVES *et al.*, 2019).

Desde então, tem-se direcionado esforços para que a educação permanente seja estratégia inerente ao “cotidiano do trabalho do SUS”, pilar da noção de EPS adotada pelo MS. Ou seja, a nova proposta, em face das experiências anteriores, deveria partir do cotidiano do trabalho, e não mais ser ofertada a partir de cursos verticalizados e decididos nos níveis centrais da gestão do trabalho do SUS. Outros elementos norteadores das ações de EPS seriam o aprender a aprender, a aprendizagem ao longo da vida, a aprendizagem significativa, inerentes às estratégias metodológicas anunciadas como inovadoras: as “metodologias ativas”, em especial a problematização, dado que o foco é a educação de adultos (LEMOS; SILVA, 2018; SILVA; SCHERER, 2020).

A PNEPS previa que a EPS fosse desenvolvida em consonância com a organização do SUS, de forma que a Portaria 1996/2007 foi editada para que se adequasse ao Pacto pela Saúde de 2006. Nesse formato gerencial, criaram-se as Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES), que fariam as definições das estratégias de EPS necessárias a serem pactuadas e as Comissões Intergestores Bipartites (CIB), que atuariam na interface com a gestão estadual, uma vez que a PNEPS demandava a proposição de projetos a serem financiados com recursos específicos (BRASIL, 2018b).

Nesse formato, organizaram-se os Planos Estaduais de Educação Permanente em Saúde (PEEPS), a serem desenvolvidos nas instâncias loco regionais onde o SUS acontece, e cada estado deveria buscar, de forma capilar, em seus municípios, identificar as demandas de educação para os profissionais (GONÇALVES *et al.*, 2019). Contudo, sua implantação no contexto regional tem sido desafiada a se efetivar de forma participativa pelo exercício da descentralização e negociação democrática para atender às necessidades locais. Esse movimento pode ser fortalecido por articulações entre ensino e trabalho de forma dialógica e compartilhada (FRANÇA *et al.*, 2016).

No Estado do Paraná, a EPS, suas estratégias e propostas são discutidas e pactuadas a partir do Plano Estadual de Educação Permanente (PEEPS), que trata das necessidades regionais para os processos de formação profissional (PARANÁ, 2019). Estas, por sua vez, encontram-se em diferentes níveis de atenção à saúde, vislumbradas tanto na atenção básica de saúde quanto na atenção hospitalar. Diante

disso, questiona-se sobre como se fez a EPS no estado do Paraná, desde a PNEPS? Para tanto, objetivou-se descrever o processo de construção da Educação Permanente no Paraná, na visão dos profissionais das regionais de saúde e averiguar quais ações de educação permanente foram implementadas no estado do Paraná.

Metodologia

Trata-se de estudo exploratório (PRODANOV; FREITAS, 2013), com abordagem qualitativa (MINAYO, 2010), que integra estudo sobre a PNEPS no estado do Paraná. O estado se organiza em 22 regionais de saúde, distribuídas em quatro macrorregiões (Norte, Oeste, Noroeste, Leste) – unidades administrativas descentralizadas e articuladas com a Secretaria Estadual de Saúde (Sesa). Há no estado uma Escola de Saúde Pública atuando na formação inicial, ensino profissionalizante e superior, tendo em vista o desenvolvimento da política estadual de formação e qualificação profissional do SUS guiada pela EPS (PARANÁ, 2021).

Os participantes foram selecionados por amostragem não probabilística intencional ou proposital, dentre os que acompanharam ações de educação permanente, desde a implantação da PNEPS em 2004, inclusive aqueles que já estivessem aposentados, mas que viveram o período e tivessem contribuições relevantes. Contatos, via telefone, com as regionais de saúde deram início à coleta dos dados e, a partir deles, pela estratégia de rede ou bola de neve (POLIT; BECK, 2011; BOCKORNI; GOMES, 2021), de vez que os sujeitos não eram conhecidos pelos pesquisadores e não havia uma relação específica de pessoas que se dedicassem à EP em cada uma das 22 regionais de saúde do estado.

A coleta de dados aconteceu no período de julho a setembro de 2021, em entrevistas on-line, utilizando as salas de reunião do *Google Meet*, do aplicativo de vídeo e áudio do *WhatsApp* e por ligação telefônica, de acordo com a preferência da pessoa entrevistada, que foi previamente informada sobre o estudo e decidiu, com seu livre convencimento, a participar em dia e hora adequados para o encontro on-line. As entrevistas foram guiadas por um roteiro semiestruturado, composto por dados de identificação e questões direcionadas para o atendimento ao objetivo do estudo, contemplando, portanto, a inserção da pessoa nas ações de EPS e o seu conhecimento relativo à PNEPS.

Os dados foram interpretados a partir da análise de conteúdo do tipo temática, que se processa em três etapas: pré-análise, construção de categorias por meio da

investigação do material e tratamento dos resultados, e interpretação dos dados obtidos (MINAYO, 2010). Buscou-se observar, na produção, sistematização e análise dos dados qualitativos, as orientações do guia Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ), traduzido e validado para o português falado no Brasil, por Souza *et al.* (2021).

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa e recebido pela CAAE: 46753521.6.0000.0107 e aprovado pelo Parecer CEP: 4.715.679, em atendimento às normas das pesquisas envolvendo seres humanos presentes na Resolução do Conselho Nacional de Saúde n.º 466/2012 (BRASIL, 2012) e orientações para pesquisas on-line dispostas no Ofício Circular n.º 2/2021/CONEP/SECNS/MS (BRASIL, 2021). Os participantes receberam, assinaram e devolveram, digitalizado, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. As falas estão identificadas com a letra E, para indicar entrevistada(o), seguida de numerais de 1 a 23.

Resultados e discussão

Participaram do estudo 23 profissionais envolvidos com EPS, dos quais 13 enfermeiras, duas assistentes sociais, duas odontólogas, duas administradoras e os demais eram formados em gestão pública, engenharia sanitária, sociologia e pedagogia. Os participantes com mais tempo de atuação demonstravam maior domínio sobre o tema pesquisado, ao passo que os mais recentes estavam distanciados do convívio com a EPS, especialmente como uma política de formação dos trabalhadores para o SUS.

A análise das falas discorre sobre a trajetória da educação permanente em saúde no estado e temas ganham destaque, como descritos nas temáticas: A EPS como ferramenta de implantação do SUS; Polos Regionais de Educação Permanente em saúde no Paraná; O financiamento da EPS; e A educação permanente em saúde no contexto presente, movimento esquematizado na Figura 1.

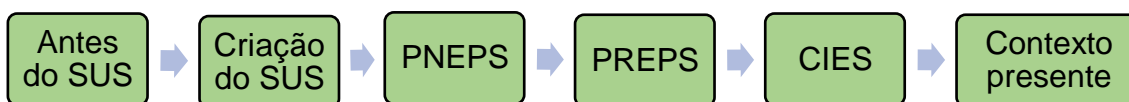


Figura 1: Constituição da EPS no Paraná.
Fonte: A autora.

A EPS como ferramenta de implantação do SUS

Os processos formativos para a atuação profissional na saúde pública são indicados como anteriores à criação do SUS e à PNEPS. E1 lembra que, “Desde antes de ser educação permanente, [...] todos participamos de um curso introdutório, então todo mundo que entrava na secretaria de saúde fazia um curso de especialização em saúde pública em convênio que a secretaria tinha com a Fiocruz, [...] quando eu entrei e meus colegas entraram, lá em 1991, fizemos um curso preparatório para depois ingressar e ir para os locais de trabalho [...]”. Outro ator que chama atenção para esse período é E11, o qual discorre: “na verdade eu sempre trabalhei com processos de qualificação, primeiro com educação continuada desde 1991, ainda antes da descentralização [...]”, mostrando a participação no processo de construção e formações alinhadas ao sistema público de saúde e implantação do SUS.

Com a criação do SUS, a demanda para a formação dos profissionais para atuar com esse novo sistema de saúde aumentou, juntamente com a necessidade de criação de programas, por exemplo, o PSF, que exigiu qualificação para tal atuação profissional, como evidenciado nas falas dos atores que já faziam parte do quadro profissional da Sesa. Nesse sentido, E12 discorre: “Em 1994 quando teve o lançamento do Programa Saúde da Família, que hoje é Estratégia Saúde da Família, já tinha aqueles cursos introdutórios que a gente fazia, no próprio território, o enfermeiro, o médico e ACS [agente comunitário de saúde], então a gente já fazia educação no trabalho introduzindo esses profissionais [...]”. E7 associa a EP na direção de formação para o SUS: “Então, o que eu tenho lembrança, a educação permanente, começou se falar nisso muito junto com o desenvolvimento das equipes de saúde da família, foi em 1998 que começou as equipes de saúde da família na região, [...] e foi necessário capacitar as equipes de saúde da família para atuar nessa coisa nova que era, basicamente, a Atenção Primária de Saúde”. Para E16, o envolvimento com as ações de EP iniciou há tanto tempo que não se recorda as datas precisas desse processo: “Eu me envolvi com a educação permanente há muitos anos mesmo, na realidade tudo começou [...] lá nos idos dos anos de 90-98 talvez um pouquinho mais um pouquinho menos, eu não vou me lembrar agora o ano, mas nós nessa época com as universidades públicas do estado do Paraná nós tínhamos um trabalho com as equipes de saúde da família e de Agentes Comunitários de Saúde, já dentro das universidades, eu aqui pela regional de saúde”. Essa experiência também foi vivenciada por E8: “quando eu comecei ele já existia em função da saúde da família

e o movimento que vinha na formação de pessoas, para atender essa parte do programa da saúde da família [...].

A integração entre os setores de saúde e educação é um ponto abordado como sendo marco para a consolidação do SUS e da política de EPS, como se observa na afirmação de E7: “O que eu me lembro é que, no começo, as equipes tiveram um olhar para essa nova saúde, novos jeitos de fazer saúde, e era um grupo muito unido e pessoas que realmente estavam interessadas em contribuir com essa implantação, que não dá para separar do SUS”.

A EP é mencionada pelos entrevistados como ferramenta para a implantação de programas no decorrer dos anos, como o Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde (APSUS), abordado como um momento valioso de capacitação nas regionais e nos municípios, utilizando a metodologia ativa para maior capilaridade das ações; como lembrado por E16: “nós tivemos um processo do APSUS, todas as oficinas que aconteceram do APSUS nós sempre buscamos realizar [...] a política nacional de educação permanente, mas também muitos instrumentos facilitadores através do próprio sistema de informação que davam informações sobre esses profissionais [...] eles saíam aparentemente bem capacitados [...] veio com esse conceito que a educação permanente tinha que caminhar junto com a educação continuada e com instrumentos que pudessem subsidiar esses profissionais para fazer acontecer”. A realidade vivenciada por E8 apresenta que “[...] em paralelo com educação permanente, a gente caiu na implantação do APSUS, que assessorava uma região de municípios, a gente era monitor, assessor assim. E esse trabalho de descentralização e da formação foi uma coisa bem legal, a gente ia, fazia reunião de equipe nos municípios, fazia implantação, [...] tinha reuniões e chegava e repassava para os municípios, era uma coisa bem bacana, porque conseguia avaliar junto com o município, a gente fez a saúde mental, saúde do idoso, oficinas, implantação das redes, então assim foi bem intenso. Tinha o pessoal da [instituição de ensino] que participava, a gente fazia reprodução, teve um envolvimento da regional com os municípios e isso dava um entendimento de você estar avaliando, acompanhando, movimentando”. Visto como um grande projeto, E14 salienta: “o Estado fez um grande projeto de educação em 2011 quando teve o APSUS, e foi um modelo bem bacana porque eles escolheram tutores, depois esses tutores formavam facilitadores, e houve uma capilaridade muito grande, chegou a todos os municípios, era um modelo que vinha com uma proposta de implantação de um mapa estratégico que era daquela

gestão que eu acho que foi muito efetivo”. Para E9, “A partir da antiga gestão a gente teve a questão do APSUS, então a gente conseguia fazer descentralizado por município também [...]”.

Assim, pode-se afirmar que a EPS foi essencial para o avanço na implantação do SUS; “em termos de prática, se não tivesse tido essa política de educação permanente, não teria evoluído o SUS da forma que evoluiu. Eu acredito que se não fosse a política não teríamos tirado do papel” (E7).

Polos Regionais de Educação Permanente em Saúde no Paraná

No Estado do Paraná, a EPS foi instituída inicialmente a partir dos PREPS, considerados pelos participantes como ações de sucesso e de impacto na construção da política no estado, bem como na qualificação profissional. Conforme E11, “com educação permanente mesmo foi a partir de 2002, eu comecei fazer primeiro instruções relacionadas à metodologia de educação permanente em saúde propriamente dita. Participei de alguns momentos de inauguração da política nacional depois da implantação dos Polos Regionais de Educação Permanente em Saúde que são os PREPS, que é a formatação inicial deles, que se pensava num nível municipal tanto que, aqui na região, o primeiro polo regional de educação permanente foi no município [...], depois em uma discussão com a Secretaria de Estado e o Ministério da Saúde é que a gente formatou aqui no Estado do Paraná de uma maneira diferente de outras regiões do Brasil, trazendo o polo de educação permanente pra macrorregião”.

Na experiência vivenciada por E12, a implantação da EPS, “[...] como política pública, foi em 2003, quando teve uma mudança no Ministério da Saúde e fizeram a secretaria de gestão do trabalho e educação, e daí fizeram dois departamentos, um do trabalho e um que era o DEGES, que era o departamento de educação em saúde. Em 2004, quando o Ministério fez a portaria foi a 198 de 2004, instituindo a política nacional de educação permanente em saúde, que começou o processo no Brasil e no Paraná como uma política realmente instituída”. Ressalta ainda que, na época, dois atores tiveram papel importante na implantação dos PREPS no Estado, juntamente com a direção da Escola de Saúde Pública do Paraná: “eles fizeram a proposta de fazer seis polos de educação permanente; na época, a gente tinha seis macrorregiões [...]. A direção da Sesa [...], junto com a direção com a Escola de Saúde Pública do

Paraná queria algo mais descentralizado, [...] então 22 polos regionais e seis polos macrorregionais, que eram os polos ampliados” (E12).

Para E10, sua experiência com a EPS iniciou em 2004, quando foi convidada “[...] pela Escola de Saúde Pública do Paraná a participar de um evento em Curitiba, onde nós discutíamos conceitos, era bem no início mesmo da portaria, e naquela ocasião nós discutíamos as deliberações, o que nós íamos fazer naquela sequência para a educação permanente para o Paraná”.

Para E7, os Polos eram locais importantes de troca dos saberes, em que a educação profissional se baseava na metodologia ativa. “Essa era uma conversa que a gente tinha nos polos, [...] temos que pensar como que as pessoas aprendem, como que elas transpõem, do cognitivo para a prática, esse era um discurso recorrente que eu tinha com as equipes de ensino; no polo, a gente voltava sempre nessa conversa”.

E16 destaca as parcerias e envolvimento intersetorial na composição dos PREPS: “com a proposta de implantação dos polos regionais de educação permanente em saúde e dos polos ampliados de educação permanente em saúde, os PAEPS por macro, então a gente teve tudo isso, nós tivemos a formação do PREPS em cada regional de saúde no Estado e os ampliados que se não engano eram 6 que a gente tinha, daí essas universidades estaduais, inclusive universidades particulares. [...] todos faziam parte do nosso polo regional, nós tínhamos representantes no polo regional de todas essas categorias, e aí eles foram todos contemplados nessa capacitação, que foi feita em parceria”. Segundo E10: “Mesmo nessa primeira reunião, nós já levamos representantes de instituições de ensino superior, representantes da regional de saúde, de cursos técnicos, gestores também, então nós já procuramos incluir a roda, os principais atores da educação permanente”. Na fala de E8, ressaltase a união de diferentes serviços para suprir a necessidade de formação dos profissionais; essa articulação envolvia universidade, regional de saúde e representantes dos municípios em reuniões mensais; “o PREPS, ele envolvia a universidade, envolvia a regional, envolvia representantes dos municípios, ele era discutido, as reuniões eram mensais, e aí eram propostos conforme a necessidade que havia naquele momento, aí a gente teve uma parceria bem legal”.

Destaca também o trabalho interdisciplinar: “Nós tínhamos na regional de saúde, pelo PREPS, um plano de educação permanente por área, a gente pregava esse respeito por toda a diversidade de profissionais do município, a gente não esquecia nenhuma das áreas, porque e a gente sabe que a saúde é cheia de caixinhas,

[...] interdependência na ação e na prática cotidiana deles, então a gente trabalhava capacitações e trazia a universidade para estar junto, trazia o aluno, o profissional que está na prática para contextualizar sua realidade com o aluno e com o professor para gerar um novo conteúdo de ensino” (E16).

Contudo, com a mudança na condução das ações de EPS para as CIES, a gestão se distanciou, levando à diminuição das ações de EP realizadas, como se observa na conversa com E9: “Então os polos acabaram sendo extintos e algumas ações a gente acabou mantendo [...], a questão da educação permanente diminuiu muito. Então o que a gente tinha antes que as regionais podiam desenvolver mais especificamente com os municípios, ter mais autonomia nessa nova gestão, a gente percebeu que diminuiu bastante”. E12 relata que, de fato, as CIES não foram efetivadas na prática “Porque as CIES em 2007, quando eu estava na regional ainda, ela nunca foi efetivada, ela nunca foi algo como estava os polos antes, era uma coisa no papel, [...] não vi nada diferente, movimento nenhum, de 2007 até 2017, nesses 10 anos que eu fiquei na regional, que já era as CIES não vi nenhum movimento”. “[...] as comissões macrorregionais de educação permanente para discutir enquanto macro mesmo, esses processos, até para tentar otimizar a participação dos profissionais e otimizar a questão dos recursos, [...], mas, no final das contas, essas comissões macrorregionais, elas não caminharam” (E9).

O financiamento da Educação Permanente em Saúde

O financiamento das atividades oriundas das ações de EP é um dos pontos que ganham destaque nas falas. De acordo com E7, foi possível observar, no início das ações de EPS no estado, que o interesse pelas atividades se dava pelo recurso destinado a este fim: “[...] também começou um certo financiamento [...], eu percebi alguns grupos se aproximando desse polo que estava se construindo com interesses diversos e, de vez em quando, alguém fazia um curso e queria o financiamento desse curso e procuravam o polo [...]”. Em sua fala, E6 destaca o pagamento de horas na realização de cursos: “em termos de projeto de capacitação no município, a gente desenvolveu muita coisa, chegou uma época que o polo estava sendo muito procurado para avaliar projeto, e nessa avaliação de projeto tinha a função do pagamento de hora aula, pagava bem inclusive [...]”. Para E11, o sucesso na implantação do PREPS em sua regional direcionou olhares que, muitas vezes, visavam aos recursos envolvidos no processo, mas que, mesmo assim, contribuíam

para a discussão da educação permanente nesses espaços, “[...] muito embora muitas instituições, misto de público e privado, eles olham esse movimento e pensam, eu vou me integrar porque existe a possibilidade de buscar recurso, de viabilizar os meus cursos, muitas vezes fugia da estratégia de educação permanente em saúde, mas trazia pessoas para discussão do processo do que é a educação permanente, então a ação nunca era totalmente perdida”. Nesse mesmo sentido, a fala de E12 revela que, “com o SUS, teve problema de financiamento, dinheiro, e hoje está caótico a questão do financiamento, então onde tem um pouco de dinheiro as pessoas correm para tentar se envolver em alguma coisa, aí a gente achou que começou vir atores lá no PREPS e PAEPS para conseguir fazer o curso que eles queriam”.

Após alteração na conformação dos PREPS para as CIES e em seguida com a interrupção dos repasses e falta de financiamento, visibilizaram-se as dificuldades de implantação da PEPS. Para E10, “Depois que entrou a segunda portaria da educação permanente, já não tínhamos mais essa oportunidade de desenvolver mais localmente os cursos aqui, principalmente esses cursos mais longos que demandavam mais recursos. Aí isso foi pactuado na CIB estadual que os recursos vinham do Ministério da Saúde para os fundos estaduais de saúde, então ficou um pouco mais burocrático, então nessas ocasiões nós conseguimos fazer eventos grandes, especializações e aperfeiçoamento através da escola de saúde pública”.

Na fala de E15, destacam-se os recursos destinados nesse período: “toda parte que seria relativo à educação, à capacitação e treinamentos ficou dentro desse polo de educação permanente [...] porque tinha um estímulo até financeiro, teve muito recurso pra isso, pra essa implantação da política”. Para E14, o custeio mensal para as ações realizadas pela regional proporcionava maior autonomia para a coordenação do PREPS: “Eu acho que, naquela época, a gente sabia que tinha um orçamento financeiro disponível mensalmente, e cada regional sabia quais eram seus projetos prioritários e nós tínhamos mais autonomia, então nós conseguíamos contratar palestrantes de áreas específicas”. A perda da autonomia nos repasses também foi apontada por E12: “E o financiamento começou vir carimbado esse dinheiro para tal curso, então a gente começou não ter tanta autonomia para fazer as discussões”, ou, como ressalva E9: “[...] antigamente conseguia ter mais autonomia para desenvolver as ações de educação permanente, até em relação à questão de recursos financeiros, a gente conseguia fazer licitações para pagamento de professores, de palestrantes,

para licitar material, licitar alimentação, hoje em dia a gente não tem mais essa autonomia para fazer esse tipo de aporte financeiro mesmo”.

A educação permanente em saúde no contexto presente

A EPS desenvolvida no Paraná foi considerada como uma iniciativa de sucesso, quando implementados no estado os PREPS, todavia, no atual cenário, essas ações foram sofrendo um processo de descontinuidade a partir da nova configuração para as CIES. E16 aponta que “o grande gargalo, o grande problema que aconteceu é que essa política hoje ela está perdida”, afirmando que a referente não foi institucionalizada, por se tratar de uma política de governo e gestão, e não de Estado; “[...] teve uma tentativa de manutenção, de retomada de implantação da política, mas não foi pra frente, ela foi sendo disseminada assim, a sua não existência, a sua não permanência, até que deixou de existir e ela ficou centrada como se fosse acontecer só através do polo ampliado, que seria através das unidades regionais de macro [...]”. E11 apresenta em sua fala que “hoje nós não temos essa discussão estabelecida a nível regional de uma forma mais eloquente, mais significativa, eu percebo que a gente tem algumas medidas eventuais, ou quando tem demanda ou quando tem alguma necessidade de resposta ao nível central [...]”.

Para E9, que atua na regional há 11 anos, relata que estudou sobre o tema “[...] e o que mais a gente observou era a falta da educação em saúde, da educação permanente mesmo para os profissionais, que neste período a gente notou que de fato, ela não tem acontecido mais, acaba ficando muito pro indivíduo e não mais para a equipe como um todo, e isso acaba desmotivando”. Nesse sentido, E12 contribui: “A gente sempre fala que nada pode ser uma política de governo, tem que ser uma política pública, então a política de educação permanente em saúde, ela tem que ser uma política pública, [...] porque o que a gente vê é que entra um governo novo ele desmonta tudo que está sendo feito e começa tudo do zero”. Apesar da importância dos processos formativos para os profissionais de saúde, E1 faz sua crítica quando das ações de nível federal: “agora piorou mais ainda, uma gestão centralizada quer dizer que, no caso, seria do gestor central, principal, que é o Ministério da Saúde [...]”. A gente tem gestões macrorregionais, mas sem um direcionamento do Ministério da Saúde, que é o responsável pela política nacional, a questão da educação permanente, ela fica solta, não tem uma ordenação regional, não tem planejamento nacional, a política hoje, ela praticamente não executa nada, o que acontece hoje são situações

estaduais, cada Estado em cima do seu incêndio, porque, nas secretarias estaduais, elas não têm também essa questão do planejamento de longo prazo”.

No processo de retomada das discussões sobre a PNEPS em 2018, E22, que participou do processo de revisão, evidencia em sua fala que “a política está atual, está muito boa, precisamos de pensar em estratégias de implementação dessa política, que desde que ela foi criada foi subfinanciada, isso como toda política de saúde do país sempre foi subfinanciada e além de subfinanciada não conta com ferramentas para poder ser executada”. Para E1, a questão do estímulo financeiro na política tende a oportunizar condições para que os indivíduos possam se dedicar às ações educativas, “[...] porque você ter uma política de educação permanente não é só você oferecer o curso, é você possibilitar para os profissionais de saúde um tempo para eles estudarem e esse tempo pode ser protegido, se for que é a melhor forma, ou incentivo em financiamento de bolsas, participação de eventos, congressos, seminários; é aí que a gente vê que, embora exista dentro da carteira de financiamentos do SUS recursos pra isso, esses recursos nem sempre são utilizados com essa finalidade”.

A realização de medidas educativas, conforme demanda e de forma eventual, tem se tornado a realidade da EP no Paraná na visão de E11, deixando de lado aquele movimento potencializado, em que se acompanhava a realidade dos serviços *in loco* e se utilizava deste momento para as atividades educativas: “Eu vejo que havia uma discussão na época que havia os polos regionais, sua organização a nível municipal, ou a nível estadual [...], eu não vejo como antes”. Na mesma direção, relembra E11: “[...] eu acho que nós tivemos de 2002 até 2007 uma injeção muito grande de políticas de educação permanente em saúde. Então o estado todo conversava sobre isso e hoje não tem nem mais o polo, mudou para a CIES [...] e ficou meio diluído em mais um departamento dentro do serviço público ao invés de ser aquele contextualizador, aquele movimento holístico que trazia todo mundo para esse movimento”.

Discussão

A expansão do sistema de saúde brasileiro, desencadeada pela criação do SUS, para ofertar assistência gratuita e universal, evidenciou a necessidade de formar profissionais de saúde com um novo olhar, para compreender saúde de forma ampliada, uma vez que o SUS preconiza igualdade na valorização dos diferentes pontos de atenção, mesmo que os serviços ofertados sejam de diferentes densidades

tecnológicas, assim como comunicação horizontal entre os serviços ofertados (ANDRADE *et al.*, 2020). Mas, mesmo antes do SUS, percebem-se movimentos de formação para os trabalhadores, vislumbrando a mudança do modelo assistencial, por certo, inspirados no movimento da Reforma Sanitária que antecede ao SUS. Essa afirmação pôde ser atestada nos dados apresentados pelos participantes.

Conforme apontam Oliveira *et al.* (2020), a abrangência e grandiosidade do SUS, destacado pelo contexto da AB, caracteriza-se como um campo rico para os processos formativos em saúde, tendo, nos ambientes assistenciais, oportunidades de promoção de ações de ensino e aprendizagem integradas.

Dentro da Atenção Primária à Saúde (APS), ganha destaque nas falas dos entrevistados a atuação da EPS na implantação de programas, apontada como marco na formação profissional, dentre eles, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde e o Programa Saúde da Família (PSF), proposto pelo MS em 1994, para a reorientação do modelo assistencial em saúde, posteriormente renomeado para Estratégia Saúde da Família (PINTO; GIOVANELLA, 2018). Mostrou-se como necessidade e oportunidade para as ações de educação profissional, utilizando-se da realidade de trabalho enfrentada nas unidades de saúde para formar as equipes, fazendo com que essas formações fossem construídas a partir dos princípios e diretrizes do SUS.

Ainda se evidenciou, nas entrevistas, a utilização de ações EPS na implantação do APSUS no estado do Paraná. Essa proposta da Sesa teve como objetivo a qualificação dos atendimentos de saúde realizados nas unidades básicas de saúde, bem como o fortalecimento das Redes de Atenção à Saúde e o fortalecimento da APS, como ordenadora das redes; isso tudo, por meio de incentivo financeiro que previa a compra de equipamentos e melhorias das unidades de saúde (PARANÁ, 2018).

Nesse sentido, Oliveira *et al.* (2020) concluíram, ao avaliar a EP, a partir dos dados do censo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), que a maioria das equipes aderentes ao programa participou de ações de EPS, atendendo às necessidades formativas dos profissionais.

Quando lançada, a PNEPS previa que a organização e a gestão das ações ficassem sob a responsabilidade dos PREPS. No estado do Paraná, eles se constituíram de forma descentralizada, e cada regional de saúde formou seu polo de forma que integrasse o quadrilátero: gestores municipais e estaduais da saúde e educação, trabalhadores do SUS, instituições de ensino e representantes do controle

social (VENDRUSCOLO *et al.*, 2016). A narrativa dos entrevistados destaca a atuação importante que os polos tiveram na implantação da política no estado e seu papel central em implantar a PNEPS.

Esse destaque pode estar associado ao fato de que, no momento de implantação dos polos regionais de educação permanente em saúde, houve financiamento, ao seja, estados e municípios recebiam incentivos financeiros para o custeio das despesas com o programa, seja elas com materiais ou mesmo com pagamento de profissionais qualificados para formar as equipes de saúde, conforme a necessidade. Para Nicoletto *et al.* (2013), o entendimento inicial de que os polos eram estruturas burocráticas e que eram meios de conseguir recursos financeiros para seus projetos levou à participação de mais representantes, contudo, esse formato matinha um custo considerável, ao mesmo tempo que não possibilitava a formação em número suficiente de trabalhadores para avançar o SUS.

Contudo, a partir de 2007, com a publicação da Portaria GM/MS n.º 1.996/2007, que definiu novas estratégias de EPS, as ações passaram a ser realizadas por meio das CIES, âmbitos intersetoriais e interinstitucionais permanentes, que participam da formulação, condução e desenvolvimento da política. Em seu estudo, França (2017) concluiu que, com a implantação das CIES, houve avanços nos espaços de negociação, pactuação e desenvolvimento da EPS, todavia, evidenciaram-se dificuldades a serem superadas para que os projetos fossem consolidados nas secretarias de estado.

O financiamento das ações educativas em saúde destacou-se nas falas dos entrevistados. Vislumbrando-se o tema, depara-se com o financiamento insuficiente nos programas públicos de saúde e o subfinanciamento do próprio SUS, que, segundo Souza (2020), nunca foi suficiente para atender à demanda de saúde do país, principalmente considerando-se a universalidade, integralidade e equidade.

Em seus estudos, Machado *et al.* (2017) apontam que a trajetória do sistema público brasileiro ocorreu de forma gradativa, uma vez que é fundamental, para o funcionamento dos serviços, investimentos adequados.

Na EPS não é diferente, pois, ao longo dos anos, o vigor da política coincide com os investimentos realizados pela união a estados e municípios, cujo pouco aporte de recursos remete à insuficiência das ações realizadas e à deficiência na formação profissional em saúde nos últimos anos (SOUZA, 2020).

Atualmente, a PNEPS no Estado do Paraná é avaliada como pouco organizada e insuficiente pelos entrevistados. Evidencia-se que a perda do vigor da política se deu após a mudança de condução para as CIES. Essa centralização das ações e a baixa aderência das regionais de saúde na formação dessas comissões fizeram com que se realizassem ações mais pontuais, com o objetivo de resolver as necessidades urgentes. Todavia, essa realidade pode e deve ser modificada. Silva *et al.* (2022) relatam experiência exitosa no que se refere à integração entre ensino e serviço, vivenciada num município do estado, e reiteram que a ampliação de conhecimentos e as possibilidades de mudanças nas práticas profissionais oriundas do SUS têm se fortalecido.

Estudos recentes sobre a PNEPS vão ao encontro com a fala de um entrevistado que lembra que a redação da política está atual, não necessita de alterações, mas necessita de alternativas para sua implantação efetiva. Para que isso ocorra, as interferências políticas de cada gestão devem ser minimizadas. Concluindo seu estudo, Ferreira *et al.* (2019) apontam que os impasses existentes para o desenvolvimento da EPS evidenciam a falta de instrumentos que auxiliem o gestor a operacionalizar o proposto na política; necessidade de articulação entre os níveis de gestão; falta de planejamento pelos gerentes de unidades; rotatividade dos profissionais; baixa participação popular e trabalho desarticulado entre as diferentes profissões.

Em avaliação de implantação da EPS no estado de Goiás, Barcellos *et al.* (2020) elucidam que as principais ações apontadas pelos entrevistados não caracterizam, necessariamente, ações de EPS. Os municípios, em sua maioria, não apontaram a existência de processos avaliativos de EPS, revelando fragilidade na sua implementação no estado.

A avaliação da EPS no Paraná é essencial para que sejam identificados os pontos para melhoria. Possibilitar aos profissionais de saúde condições adequadas de trabalho e possibilidades de qualificação profissional constitui-se ponto chave para o alcance de uma assistência de melhor qualidade, mas, para que esses objetivos sejam alcançados, é necessária cooperação, articulação entre os gestores das diferentes esferas governamentais, instituições de ensino, serviços e o controle social, considerando a experiência profissional dos atores (SILVA *et al.*, 2022).

Considerações finais

Conclui-se que a EPS é essencial no processo de construção e consolidação do SUS, estando presente nas ações da secretaria de saúde do estado, mesmo antes do MS criar a PNEPS e os estados iniciarem sua implantação.

Identificou-se que as ações de EPS têm papel importante na formação e implementação de novas políticas e programas de saúde no estado, bem como na atualização por meio da educação continuada.

A educação permanente em saúde no estado do Paraná tem sofrido descontinuidades desde o início de sua implantação. Nas mobilizações dos envolvidos e reconhecimento na implantação da política, principalmente quando conduzida pelos PREPS, uma das principais limitações identificadas na implementação é a falta de domínio conceitual e operativo em relação à educação permanente. Contudo, após a mudança de gestão para as CIES, as ações foram centralizadas e se distanciaram da realidade dos serviços, onde o SUS acontece. Outro fator apontado como dificultador na implementação das ações foi a falta de financiamento nas diferentes gestões dos executivos.

A formação profissional é apontada nos documentos oficiais como uma ferramenta poderosa na resolução dos problemas dos serviços de saúde, todavia, identificou-se que, na prática, essa realidade ainda está distante no estado. Mesmo que reforçada como discurso inovador e resolutivo, há outras demandas necessárias para a implantação da EPS e a consolidação de um sistema de saúde de qualidade.

Conclui-se que ainda existe um caminho longo a percorrer no estado para que a PNEPS seja implantada de forma efetiva. A atuação das CIES em todas as macrorregionais pode contribuir para reavivar os ímpetus iniciais pela efetivação da PNEPS, bem como a organização da EPS nas regionais de saúde e nos municípios, com apoio financeiro e com continuidade por parte da gestão; faz-se necessário, contudo, que o entendimento e a valorização da política ocorram independentemente das gestões dos executivos.

Formar constantemente os profissionais e mantê-los envolvidos nesse processo é uma importante forma de fortalecimento e qualificação dos serviços ofertados pelo SUS. Um fator limitador do estudo foi a localização dos profissionais envolvidos com a EPS, uma vez que não há, em todas as regionais de saúde, um setor ou pessoas específicas para desenvolver suas atividades ou mobilizar os projetos para a formação contínua no SUS.

Referências

ANDRADE, K. G. M. *et al.* A implantação do programa de educação permanente em saúde: uma contribuição para o fortalecimento do SUS. **Debates em Educação**, v. 12, n. 26, p. 97-108, 2020. Disponível em: <https://www.seer.ufal.br/index.php/debateseducacao/article/view/8034>. Acesso em: 28 fev. 2022.

BARCELLOS, R. M. S. *et al.* Educação permanente em saúde: práticas desenvolvidas nos municípios do estado de Goiás. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, n. 2, e0026092, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00260>. Acesso em: 20 out. 2021.

BOCKORNI, B. R. S.; GOMES, A. F. A amostragem em snowball (bola de neve) em uma pesquisa qualitativa no campo da administração. **Revista de Ciências Empresariais da UNIPAR**, Umuarama, v. 22, n. 1, p. 105-117, jan./jun. 2021.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?** Brasília: Ministério da Saúde, 2018a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Consolidado sobre o processo de implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS)**. Brasília, 2018b. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/dezembro/12/Relat--rio-Consolidado-sobre-o-processo-de-implementa----o-da-PNEPS--DEGES---SGTES--MS-2018-.pdf>. Acesso em: 31 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva do Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Ofício Circular Nº 2/2021/Conep/SECNS/MS**. Brasília, 2021.

CARDOSO, M. L. M. *et al.* A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde nas Escolas de Saúde Pública: reflexões a partir da prática. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 5, p. 1489-1500, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017225.33222016>. Acesso em: 7 dez. 2020.

FRANÇA, T. A capilaridade da política Nacional de Educação Permanente em Saúde no Brasil. **Atas CIAIQ**, Investigação Qualitativa em Saúde, v. 2, p. 66-75, 2016.

FRANÇA, T. *et al.* Política de Educação Permanente em Saúde no Brasil: a contribuição das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço. **Ciência &**

Saúde Coletiva, v. 22, n. 6, p. 1817-1828, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017226.30272016>. Acesso em: 7 dez. 2020.

FERREIRA, L. *et al.* Educação Permanente em Saúde na atenção primária: uma revisão integrativa da literatura. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 120, p. 223-239, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/3wP8JDq48kSXrFMZqGt8rNQ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 7 dez. 2020.

GONÇALVES, C. B. *et al.* A retomada do processo de implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no Brasil. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. esp. 1, p. 12-23, ago. 2019.

LEMOS, F. M.; SILVA, G. G. A. Educação permanente em saúde: o estado da arte. **Rev. Interdisciplin. Promoç. Saúde - RIPS**, Santa Cruz do Sul, v. 1, n. 3, p. 207-213, jul./set. 2018.

MACHADO, C. V.; LIMA, L. D. B.; FARIA, T. W. Políticas de saúde no Brasil em tempos contraditórios: caminhos e tropeços na construção de um sistema universal. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, suppl. 2, e00129616, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00129616>. Acesso em: 11 maio 2022.

MICCAS, F. L.; BATISTA, S. H. S. S. Educação permanente em saúde: metassíntese. **Rev. Saúde Pública**, v. 48, n. 1, p. 170-185, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/mgS9mfHm6ScNLRxq9DRJYdf/?lang=pt>. Acesso em: 21 out. 2021.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 2010.

NICOLETTO, S. C. S. *et al.* Desafios na implantação, desenvolvimento e sustentabilidade da Política de Educação Permanente em Saúde no Paraná, Brasil. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 22, n. 4, p. 1094-1105, 2013.

OLIVEIRA, I. V. *et al.* Educação Permanente em Saúde e o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: um estudo transversal e descritivo. **Saúde em Debate**, v. 44, n. 124, p. 47-57, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012403>. Acesso em: 11 maio 2022.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. **Resolução Sesa nº 741/2018**. Curitiba: Secretaria de Saúde, 2018. Disponível em: https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-04/741_18.pdf. Acesso em: 14 abr. 2021.

PARANÁ. Escola de Saúde Pública. Centro Formador de Recursos Humanos. **Plano Estadual de Educação Permanente do Paraná**. Curitiba, 2019. Disponível em: <https://www.conass.org.br/planos-estaduais-educacao-permanente/PEEPS-PR.pdf>. Acesso em: 30 out. 2019.

PINHEIRO, G. E. W.; AZAMBUJA, M. S.; BONAMIGO, A. W. Facilidades e dificuldades vivenciadas na Educação Permanente em Saúde, na Estratégia Saúde da Família. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. especial 4, p. 187-197, dez. 2018.

PINTO, L. F.; GIOVANELLA, L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1903-1914, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05592018>. Acesso em: 10 set. 2021.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

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

SANTOS, E. A. M.; CAVALCANTE, J. R. C.; AMARAL, M. S. Contribuições da educação permanente na atenção primária à saúde: uma revisão integrativa. **Itinerarius Reflecionis**, v. 15, n. 3, 2019.

SILVA, C. B. G.; SCHERER, M. D. A. A implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde na visão de atores que a constroem. **Interface**, Botucatu, v. 24, e190840, 2020.

SOUZA, D. O. O subfinanciamento do Sistema Único de Saúde e seus rebatimentos no enfrentamento da Covid-19. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 30, n. 3, e300313, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300313>. Acesso em: 14 out. 2021.

SOUZA, V. R. S. *et al.* Tradução e validação para a língua portuguesa e avaliação do guia COREQ. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v. 34, p. eAPE02631, 2021.

VENDRUSCOLO, C. *et al.* A inserção da universidade no quadrilátero da educação permanente em saúde: relato de experiência. **Texto Contexto Enferm**, v. 5, n. 1, e2530013. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/pvWzfymMWbkDTcF459Lsbxt/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 4 mar. 2022.

5.2 Artigo 2 – Entendimentos, pressupostos pedagógicos e experiências de EPS no Paraná

Resumo

A educação permanente é baseada na aquisição contínua de conhecimentos a partir da realidade de trabalho experimentada pelos profissionais e no seu conhecimento prévio. Este estudo tem o objetivo de explorar como a educação permanente em saúde vem sendo implementada no Estado na visão dos profissionais que atuam nas regionais de saúde. Trata-se de estudo descritivo com abordagem qualitativa, cujos participantes foram 23 profissionais envolvidos com Educação Permanente em Saúde, entrevistados on-line no período de julho a setembro de 2021. As entrevistas foram submetidas à análise temática de conteúdo. Da sistematização e análise, foi possível sistematizar as temáticas: Do entendimento acerca do que seja a EPS; Os pressupostos pedagógicos da EPS; Das experiências vivenciadas com a UNA-SUS e PROADI-SUS; Dos entraves enfrentados para fazer a EPS. Conclui-se que a vivência dos profissionais que trabalham com a EPS no estado acontece em duas frentes, sendo uma experiência de educação a distância, que tem na plataforma UNA-SUS um meio de estudo, em que os profissionais buscam títulos de qualificação em diversas áreas, e a outra que se concentra nas ações desenvolvidas pelo ESPP em conjunto com as regionais de saúde e os municípios, e que ainda existem desafios a serem superados para a implantação efetiva da política no estado.

Descritores: Educação em saúde, educação permanente em saúde, educação continuada, aprendizagem ativa.

Introdução

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS), como novo formato de assistência em saúde, demandou e impulsionou ações de educação para qualificar os profissionais de saúde para atuar nos serviços. A oferta de cursos pontuais de atualização, capacitação ou a especialização de categorias profissionais por meio de métodos transmissivos e fora do ambiente de trabalho foram questionados pela educação permanente em saúde (EPS), uma ferramenta para a implementação do SUS (CARDOSO *et al.*, 2017).

A EPS leva em conta o cotidiano do trabalho para a aquisição de novos conhecimentos e resolução dos problemas enfrentados no ambiente de trabalho para superar a oferta de cursos verticalizados e decididos nos níveis centrais da gestão do trabalho do SUS. As estratégias inovadoras, sustentadas nas metodologias do aprender a aprender, na aprendizagem ao longo da vida, na aprendizagem significativa, em especial na problematização, convidam os profissionais a

participarem ativamente do processo educativo, uma vez que o foco é a educação de adultos (LEMOS; SILVA, 2018; SILVA; SCHERER, 2020).

A área da saúde está em constante evolução; nesse sentido, a EPS é vista como um instrumento de formação profissional, planejado para gerar mudanças institucionais, considerando as necessidades dos sujeitos (trabalhadores, usuários e instituições), um processo contínuo e diversificado em face dos diagnósticos sobre as demandas do processo de trabalho, que, somado a outras iniciativas, deve gerar melhorias nos serviços de saúde (SILVA *et al.*, 2017).

O levantamento das necessidades educativas dos trabalhadores é valorizado para que a oferta de EPS se aproxime do cotidiano do trabalho, se articule com as instituições de educação superior e com o aporte de novas metodologias de trabalho e de ensino para a ressignificação e reestruturação do processo de trabalho. No entanto, as atividades ainda são pontuais e focalizadas, e, apesar de serem importantes, não representam o suporte do referencial pedagógico da EPS (SILVA *et al.*, 2017).

A estruturação da EPS como uma política governamental no Brasil se fez em 2004, com a aprovação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) revista pela Portaria 1996/2007 (BRASIL, 2018). É importante ressaltar o protagonismo da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), na formulação da política e na sua implementação, em observância aos seus pressupostos pedagógicos: aprendizagem ao longo da vida, aprender a aprender e aprendizagem significativa (CAMPOS; SENA; SILVA, 2017).

Utilizando esse formato, os estados organizaram os Planos Estaduais de Educação Permanente em Saúde (PEEPS), que previam condução das ações de educação permanente a partir dos Polos Regionais de Saúde, os PREPS. Posteriormente, os polos foram substituídos pelas Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES) (GONÇALVES *et al.*, 2019).

Contudo, a intensidade das ações sofreu, ao longo do tempo, com o subfinanciamento, e, a partir de 2011, os recursos para a PNEPS se esgotaram e a política perdeu seu vigor inicial. A partir de 2017, iniciaram-se oficinas regionais para sua avaliação, nas quais se constatou a necessidade de refletir sobre estratégias para garantir a efetiva implantação da política, considerando as especificidades das regiões, estados e municípios e retomar a PNEPS, como estratégia para cumprir com a

ordenação da formação de recursos humanos pelo e para o SUS (GONÇALVES *et al.*, 2019).

Após as avaliações desencadeadas pelo MS, em 2017, o governo lançou o Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no SUS-PRO EPS-SUS, recuperando a proposta de aporte financeiro e apoio técnico para as instâncias locais, destinando, aos estados e ao Distrito Federal, incentivo, por meio de recursos para que elaborassem seus PEEPS. Apesar de a política estar formulada desde 2004, não alcançou os impactos que se esperava, como a transformação dos processos de trabalho e na atuação das equipes na resolutividade das ações assistenciais.

Ganham destaque neste período a realização de atividades on-line pela Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS) e de instituições privadas consideradas de excelência, como o PROADI-SUS. A UNA-SUS foi criada em 2010 pelo MS, gerenciada pela SGTES e pela Fundação Osvaldo Cruz para desenvolver atividades de educação a distância no âmbito do SUS (BRASIL, 2020).

Já o PROADI-SUS foi instituído em 1998 pelo Decreto n.º 2.536, para que entidades filantrópicas acessassem isenções fiscais por meio da realização de projetos voltados para o SUS. Por meio da Portaria n.º 3.276, de 28 de dezembro de 2007, foram estabelecidos parâmetros para a aprovação de projetos de apoio ao SUS e que poderiam ser propostos pelas instituições que quisessem se habilitar ao desenvolvimento desses projetos. A Lei n.º 12.101, de 27 de novembro de 2009, dispõe sobre a Certificação das Entidades Beneficentes de Assistência Social (CEBAS) e os procedimentos para a isenção de contribuições sociais, delimitando o conceito de Hospital de Excelência, no qual se enquadraram seis instituições, sendo cinco da cidade de São Paulo (DECIT, 2011).

Conforme descrito anteriormente, a educação permanente para o SUS vem ocorrendo em três frentes: por meio da PNEPS, que, retomada a partir de 2017, direciona recursos para as Secretarias Estaduais de Saúde para desenvolver ações de EPS para seus trabalhadores; a UNA-SUS, que dispõe da EPS na modalidade a distância; e o PROADI-SUS, que tem, em uma de suas dimensões, a oferta de capacitação profissional.

O Estado do Paraná conta com a Escola de Saúde Pública e Centro formador de Recursos Humanos, com o objetivo de desenvolver e qualificar os profissionais do SUS, com base na construção das redes de atenção à saúde, tendo como eixo

estruturante a EPS. Questiona-se como foi vivenciada a EPS no estado, na visão das pessoas envolvidas em sua implementação? Dessa forma, este estudo buscou explorar como a educação permanente em saúde vem sendo implementada no Estado na visão dos profissionais que atuam nas regionais de saúde.

Metodologia

Trata-se de estudo exploratório (PRODANOV; FREITAS, 2013), com abordagem qualitativa (MINAYO, 2010), que integra estudo sobre a PNEPS no estado do Paraná. O estado se organiza em 22 regionais de saúde, distribuídas em quatro macrorregiões (Norte, Oeste, Noroeste, Leste) – unidades administrativas descentralizadas e articuladas com a Secretaria Estadual de Saúde. A Escola de Saúde Pública do Paraná atua na formação inicial, ensino profissionalizante e superior, tendo em vista desenvolver a política estadual de formação e qualificação profissional do SUS guiada pela EPS (PARANÁ, 2021).

Os participantes foram selecionados por amostragem não probabilista intencional ou proposital, dentre os que acompanharam ações de educação permanente, desde a implantação da PNEPS em 2004, inclusive aqueles que já estivessem aposentados, mas que viveram o período e tivessem contribuições relevantes. Contatos, via telefone das regionais de saúde, deram início à coleta dos dados e, a partir deles, pela estratégia de rede ou bola de neve (POLIT; BECK, 2011; BOCKORNI; GOMES, 2021), de vez que os sujeitos não eram conhecidos pelos pesquisadores e não havia uma relação específica de pessoas que se dedicassem à educação permanente nas 22 regionais de saúde do estado.

A coleta de dados aconteceu no período de julho a setembro de 2021, em entrevistas on-line, utilizando as salas de reunião do *Google Meet*, do aplicativo de vídeo e áudio do *WhatsApp* e por ligação telefônica, de acordo com a preferência da pessoa entrevistada, que foi previamente informada sobre o estudo e decidiu, com seu livre convencimento, participar em dia e hora adequados para o encontro on-line.

As entrevistas foram conduzidas por dois pesquisadores, que coletaram as duas primeiras em conjunto e, depois, em separado, para uniformizar a condução. Responderam a um questionário semiestruturado, composto dos dados de identificação e questões direcionadas para o atendimento ao objetivo do estudo, contemplando, portanto, a inserção da pessoa nas ações de EPS, o seu conhecimento sobre a PNEPS. A cada entrevista, foram anotadas em diário de campo as percepções

dos entrevistadores, produzindo dados que foram trazidos na apresentação dos resultados; as entrevistas também foram gravadas e transcritas integralmente.

Os dados foram interpretados pela análise de conteúdo do tipo temática, que se processa em três etapas: pré-análise, construção de categorias por meio da investigação do material e tratamento dos resultados e interpretação dos dados obtidos (MINAYO, 2010). Nas etapas de produção, sistematização e análise dos dados qualitativos, atendeu-se às orientações do guia Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ), traduzido e validado para o português falado no Brasil, por Souza *et al.* (2021).

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa recebido pela CAAE: 46753521.6.0000.0107 e aprovado pelo Parecer CEP: 4.715.679 em atendimento às normas das pesquisas envolvendo seres humanos presentes na Resolução do Conselho Nacional de Saúde n.º 466/2012 (BRASIL, 2012) e orientações para pesquisas on-line dispostas no Ofício Circular n.º 2/2021/CONEP/SECNS/MS (BRASIL, 2021). Os participantes receberam, assinaram e devolveram, digitalizado, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. As falas estão identificadas com a letra E, para indicar entrevistada(o), seguida de numerais de 1 a 23.

Resultados

Participaram do estudo 23 profissionais envolvidos com EPS, dos quais 13 enfermeiras, duas assistentes sociais, duas odontólogas, duas administradoras e os demais eram formados em gestão pública, engenharia sanitária, sociologia e pedagogia. Da sistematização e análise, foi possível sistematizar as temáticas: Do entendimento acerca do que seja a EPS; Os pressupostos pedagógicos da EPS; Das experiências vivenciadas com a UNA-SUS e PROADI-SUS; Dos entraves enfrentados para fazer a EPS.

Do entendimento acerca do que seja a EPS

Observa-se, nas falas dos entrevistados, que, a depender do tempo em que estão alocados nas regionais de saúde, e que se relacionam com a EPS, a concepção e o entendimento da política sofreram mudanças. Para aqueles profissionais que trabalharam com o processo de implantação da política, a definição do que abrange a EPS é mais clara e mais próxima da sua definição teórica, conforme observa-se nas falas dos seguintes entrevistados.

Para E1, o conceito de educação permanente é amplo, podendo ser desenvolvidas diversas ações para alcançar o objetivo, todavia, não se pode reduzir à realização de cursos, “conceito de educação permanente, [...] eu tenho uma visão assim, eu para mim quase tudo cabe na educação permanente, agora educação permanente não cabe dentro de tudo. [...] nossa visão de educação permanente **é no e para o serviço**” (grifo nosso). Para E11, que sempre trabalhou com formação de profissionais, a EPS consiste em um “movimento muito importante como qualificação do processo de trabalho da saúde pública no Estado do Paraná e do Brasil, eu acho que foram movimentos muito importantes que trouxeram a possibilidade dos que fazem saúde pública conhecerem o processo no qual estão inseridos e propor atitudes e mudanças importantes no cenário”.

Já para os profissionais que estão há menos tempo em seus cargos nas regionais de saúde, a visão sobre a EPS se restringe às ações de educação continuada. Para E18, treinamentos e cursos são as formas de educação continuada que recebeu na regional, ao tempo em que se refere aos termos educação continuada e EPS com o mesmo sentido/significado: “Aqui enquanto Sesa se realiza bastante educação continuada, então quando eu entrei, que eu estava na vigilância epidemiológica eu ia no mínimo uma vez no mês pra Curitiba, a gente ia ter algum treinamento. [...] Mas eu espero que com o fim da pandemia a gente tenha educação continuada” (E18).

Revelam os participantes que os termos educação permanente em saúde, educação continuada e educação em serviço são utilizados e até entendidos como sinônimos: “Usam os termos educação continuada e educação permanente como a mesma coisa, a educação continuada, ela é necessária, a gente está numa evolução do conhecimento, hoje o que você sabe daqui um ano você não sabe mais [...], então eu preciso ter essa educação continuada, mas a educação permanente, ela tem que levar os atores em conta, o processo de trabalho, o território, os saberes que as pessoas já têm, então eu não posso passar em cima de tudo isso, então as pessoas usam como sinônimos mesmo” (E12). Nesse sentido, é importante que esse entendimento de conceitos sobre a EPS seja conhecido pelos profissionais. Para E8, “[...] começando com a diferença com o que era permanente com o que era continuada, as pessoas não entendiam o processo contínuo com avaliação assim, sabe, era uma coisa muito pontual”. Segundo E21, “é muita confusão conceitual, do que é educação continuada, do que é educação permanente, o que é educação em serviço” e, dentro

da EPS, existem momentos em que será necessária a utilização da educação continuada “na própria política, ela fala que dentro da proposta de educação permanente você pode fazer o uso de ações de educação continuada e ela também pode ser dirigida ao público específico, se for o caso, desde que seja alinhada à estratégia da organização”, para E20, cada termo possui diferentes formas: “a educação em serviço, educação continuada não é uma educação permanente”; em outro trecho, revela: “e a educação permanente eram aqueles cursos que, na época, se mandava projetos para a escola e vinha em formato de oficinas as capacitações, [...] mas eu, pra mim, isso não é educação permanente, para mim, isso é uma educação em serviço, uma educação continuada, educação permanente, para mim, é aquilo que não tem formato, é o teu dia a dia que busca solução do teu problema, seja na minha regional, seja no município, sabe! Fazendo uma transformação, é um trabalho cotidiano, não é uma oficina de vez em quando, não é um curso, ele tem que ser monitorado e avaliado”.

Depreende-se que a apreensão terminológica e do sentido/significado da EPS é processo em construção, e que é preciso reorganização das práticas como política de saúde para estender a cultura da necessidade da EPS como inerente ao fazer profissional em saúde e da gestão das ações de saúde, cujo ambiente privilegiado é a Sesa e as regionais de saúde devidamente distribuídas no estado.

Além disso, a mudança de terminologia nem sempre acompanha a prática, ou seja, o que se faz, às vezes, supera um ou outro conceito, o que se altera para demarcar uma nova política, por exemplo, mas no campo profissional não é incorporado, por fatores diversos. Dessa forma, para além do discurso tentador de um novo modelo capaz de resolver as questões de saúde, são necessárias mudanças na área de atuação.

Das experiências vivenciadas com a UNA-SUS e o PROADI-SUS

Outra característica encontrada nas falas relaciona-se às ações educativas online disponibilizadas a partir da UNA-SUS, consideradas positivas, e afirmam a importância dessa forma de acesso aos conteúdos e aperfeiçoamento pelos profissionais. E16 avalia que “A UNA-SUS, eu acho bastante importante hoje para os profissionais, porque é um canal de acesso que eles têm para poder se autocapacitarem, já fiz até umas coisas pela UNA-SUS”.

Todavia, caracteriza-se por uma ação individualizada que, conforme E9, “as atividades do UNA-SUS, elas são mais EAD, então elas vêm nessa perspectiva de o indivíduo mesmo buscar [...]. A maioria dos profissionais, quando é no sentido de fazer esse trabalho mais individualizado, principalmente o EAD, eles não se sentem tão interessados, eles não se sentem tão motivados, [...] eles participavam mais dos cursos que a gente oferecia presencialmente, do que dos cursos em EAD”. Na experiência daqueles que realizaram cursos neste modelo, a educação on-line dificulta o processo de aprendizagem. E5 relata que fez “alguns cursos da UNA-SUS por divulgação de algum colega [...], eu nem era do Estado ainda [...], mas para mim essa questão a distância não é muito legal, eu não gosto, não me dou muito bem com essas coisas on-line, para mim tem que ser presencial, para mim tem que ser, você tem dúvida na hora você não pode tirar dúvida”. Na mesma direção, E18 informa que fez “uma pós-graduação na UNA-SUS [...]. Eu sinceramente eu prefiro presencial [...] a plataforma da UNA-SUS ela é muito boa, ela tinha conteúdo bem organizado, bem explicativo, ela tinha desenho, tinha estudo de caso, então fazia você interagir bastante e aprender bem, [...] mas se você perguntar qual que eu prefiro, eu prefiro o presencial”. Já E20 ressalta que cursos on-line são buscados para progressão na carreira, ou seja, “educação a distância, educação em serviço é mesmo porque, para você ficar, ter a tua progressão, a gente precisa fazer alguns cursos e a gente faz onde? faz na UNA-SUS, que é onde eles mais aceitam”, porém, em seu entendimento de EPS: “O que eu estudei de educação permanente e o que eu fui atrás, eu não consigo linkar isso da UNA-SUS com a educação permanente. Como educação em serviço talvez, um estudo de protocolo, normatização de algumas coisas. Ou uma educação continuada, que é uma qualificação na minha área. Mas não vejo como um processo de educação permanente”.

Em sua fala, E22 aponta que a UNA-SUS, como projeto e como ideal, era algo muito bom, mas é uma estrutura muito cara, comparada com as escolas de saúde pública que possuem menor custo e maior produção, conforme se observa neste trecho: “esse pequeno grupo de universidades federais, que eram as que recebiam recursos e fazer a gestão do recurso, o problema da UNA-SUS é que é uma estrutura muito cara, se eu comparar a produção da UNA-SUS com as escolas estaduais de educação permanente, para o que as escolas de saúde pública produzem, é assim um pingão que a UNA-SUS consegue fazer em relação ao que a rede de escolas faz e o custo da UNA-SUS é muito mais alto do que o custo que a gente tem nos projetos

de educação permanente de outras instituições”. A possibilidade de oferta de cursos para um maior número de pessoas e o maior alcance é abordado por E11: “A EAD, eu acho que a educação permanente em saúde permite que essa informação alcance todas as pessoas de uma forma bastante mais generalizada, todo mundo tem acesso”.

O termo tempo protegido aparece nas falas como uma forma de proporcionar, aos profissionais, estrutura que favoreça os processos educativos em serviço, especialmente lembrado quando abordaram a EAD, pois, via de regra, fazem esses cursos durante o horário de trabalho, não favorecendo o aprendizado, pois não param para estudar. Como aponta E1, as ações da UNA-SUS têm um papel importante na formação, mas “nem todo mundo sabe que ela existe, nem todo mundo tem tempo para participar disso [...], e esse tempo, se não for um tempo protegido, fica muito difícil”. Conforme E17, “a gente tem muita dificuldade com a implantação, porque eu acho que a educação permanente requer uma coisa que a gente não consegue implantar aqui, pelo menos um horário protegido para essa equipe se reunir, fazer gestão de casos, estudar algumas coisas, trocar os saberes”. Em sua fala, E23 aponta para a necessidade de formação dos profissionais e questiona: “É que a educação permanente é algo tão essencial para o trabalho, para realizar um trabalho de qualidade que tem que ser entendido que o trabalhador tem que ter um horário no trabalho dele para ele poder se capacitar, se atualizar, enfim”.

Para E11, as tecnologias e os recursos ofertados por meio da UNA-SUS e PROADI-SUS são muito importantes e produzem respostas frente às necessidades, principalmente durante a pandemia, em que a tecnologia tornou-se uma ferramenta potente nos processos formativos, porém, acredita que “o recurso da tecnologia e da metodologia de educação permanente em saúde, aliados num processo de formação permanente dos profissionais, eu acho que ainda por ser um movimento transitório, eu acho que necessita de um intermediador, alguém que faça o papel de tutor ou algo parecido”.

As ações vivenciadas com o PROADI-SUS foram menos prevalentes nas falas dos sujeitos entrevistados, mostrando sua pouca expressividade na EPS no estado. Para E22, o programa é um projeto importante, contudo, sua execução deve ser baseada nos problemas enfrentados por determinados territórios, porém, as instituições tendem a buscar pesquisas apenas nas áreas de seu interesse, não necessariamente focada na demanda dos serviços e dos profissionais de saúde: “esse encontro de interesses que eu acho que é o mais complicado [...] isso é uma

necessidade de diálogo, ao menos melhorar na questão do diálogo, da gente começar a ter um entendimento um pouco melhor do que é o SUS, o que é o papel das instituições formadoras dentro do Sistema Único de Saúde, das instituições de pesquisa e tudo mais, tem pesquisas puras e pesquisas básicas importantes, que precisam continuar acontecendo [...] do PROADI seria um ponto que eu colocaria como para melhorar”.

O uso de tecnologias e educação a distância também é uma realidade para a EPS, contudo, observa-se dificuldade dos profissionais em se adaptar a essa nova modalidade de ensino. Considera-se que a plataforma do UNA-SUS é bem desenvolvida e entrega conteúdos importantes e de qualidade, todavia, esse formato de qualificação profissional não atende ao proposto pela EPS, que deseja valorizar o conhecimento e a realidade de trabalho dos profissionais na construção de novos conhecimentos. Já o PROADI-SUS tem menor visibilidade no estado, e poucos profissionais tiveram acesso a ações envolvendo essa modalidade, que ainda concentra suas atividades e pesquisas nos maiores centros e em assuntos com maior poder lucrativo. Ressalta-se a importância de prever um tempo, durante a carga horária de trabalho, para que os profissionais tenham a possibilidade de realizar as ações de formação no trabalho e que esse processo esteja integrado e aconteça de forma contínua.

Os pressupostos pedagógicos da EPS

As metodologias ativas foram citadas pelos entrevistados como essenciais para a realização da EPS, uma vez que despertam o interesse em buscar conhecimentos, a partir da realidade de trabalho vivenciada pelos trabalhadores. Para E11, essas ferramentas são fundamentais “na reflexão do processo de trabalho, no aprender a aprender, aprender a ouvir, a escuta ativa, e outros conceitos que estão postos, elas são fundamentais, para poder disponibilizar e poder provocar o agente trabalhador da saúde pública a buscar aprender o tempo todo, acho que não existe conhecimento finalizado e concluído”. Para E1, a análise dos processos formativos é essencial para uma formação de qualidade, fazendo-se necessário lançar mão de “uma metodologia que desperte o interesse no aluno, [...] essa metodologia é exatamente para isso, você tentar fazer com que os alunos se envolvam, eles deixem de ser apenas ouvintes e passem a ser protagonistas da formação; se você não usar essas ferramentas, você não consegue transformar”.

A EPS não está pronta, é um processo em construção e deve ser realizada em conjunto. De acordo com E20, “ela está sendo avaliada e refeita, é um processo amplo, é uma maneira nova de integrar, não só dentro da regional, como a regional com os municípios, não é ir lá e fazer uma reunião e dizer o que tem que fazer e pronto”.

Outro ponto relacionado com as metodologias ativas abordado foi o arco de Maguerez apontado por E14, como uma ferramenta importante para a problematização do processo educativo no trabalho: “Eu acho que é o caminho para a transformação do processo de trabalho, acho que todo o processo educativo hoje que parte dessa reflexão, aí é que está a riqueza, refletir sobre sua realidade e pensar em como melhorar, acho que esse é o caminho”. Para E19, a EPS “trabalha com a educação ativa, com o arco de Maguerez, essa questão da experiência, das vivências de cada profissional”.

As metodologias ativas são citadas e entendidas como essenciais no processo de formação de adultos. A valorização do conhecimento e da vivência dos profissionais de saúde devem ser o ponto de partida na construção de saberes, contudo, a qualidade e o rigor científico devem ser mantidos.

Dos entraves enfrentados para fazer a EPS

A rotatividade de profissionais nas secretarias de saúde foi apontada como um grande dificultador na continuidade das ações de EPS desenvolvidas. Como se observa na fala de E15, “[...] a demanda do profissional ali na ponta, ele tem muita influência dessa questão da rotatividade mesmo, então, se ela não cria vínculo, se ela não conhece, se ela não vai buscar esse tipo de formação, acho que a gente vê profissionais ainda muito mais em busca da especialização do que de conhecimento mesmo para sua prática. Ele acaba buscando o conhecimento para ele, para a formação dele, para titulação dele, não do trabalho”.

A EPS foi impactada pela emergência sanitária da Covid-19 e foi secundarizada. E5 considera que, “[...] na verdade, a gente está meio esquecido nessa parte, a gente está fazendo muita coisa, apagando incêndio, nós profissionais e a parte da nossa educação permanente é deixado de lado, principalmente depois do Covid, parece que só existe isso”. Mas a esperança é que, aos poucos, as atividades sejam retomadas, pois, conforme acredita E2: “agora, diminuindo a pandemia, a gente vai retomar essas ações, eu vejo o interesse do Estado em providenciar isso”.

Ou ainda, conforme aponta E1, a pandemia possibilitou que os processos formativos tivessem maior ênfase na formação dos profissionais, “a própria pandemia nos mostrou isso; quanto à educação continuada em tempos de pandemia, sem a educação continuada, estaríamos piores do que estamos, [...] porque quantas oportunidades de qualificação continuada [...] e permanente, se tem que treinar e ir fazendo, então aí está uma demonstração muito cabal da importância desses processos formativos continuados”.

A EPS enfrenta algumas dificuldades para que a sua implementação seja efetiva no estado, dentre eles, destaca-se a rotatividade dos profissionais nas regionais de saúde que se envolvem com as ações de educação permanente. Outro fator que tem afetado as ações de EPS presenciais nos últimos anos é a pandemia da Covid-19, em que encontros presenciais foram convertidos para a forma on-line. Qualificar profissionais em tempo oportuno durante uma pandemia se fez um desafio, mas oportunizou que, quase ao mesmo tempo que os conhecimentos científicos foram produzidos, fossem consumidos e auxiliassem no enfrentamento da pandemia.

Escola de Saúde Pública do Paraná e a EPS

Um dos temas com destaque nas falas dos entrevistados foi a atuação da Escola de Saúde Pública do Paraná e o Centro Formador de Recursos Humanos em sua atuação na EPS no estado. Cabe destacar a fala de E22, que retrata a atuação, ao longo da história, desta instituição nas ações de EPS: “a Escola de Saúde Pública, que foi fundada em 1996, mas são escolas muito antigas [...], dos processos de formação de profissionais de saúde há muito tempo, com auxiliar de enfermagem no caso da escola técnica e com formação de sanitaristas no caso da Escola de Saúde Pública”. E1 complementa: “a Escola de Saúde Pública do Paraná é uma das mais antigas do Brasil, então ela tem uma história muito importante na trajetória da saúde pública do Paraná, só que a gente percebe isso quando vai olhar na linha do tempo, então a escola, ela tem essa missão, além de formar, tradicionalmente, os profissionais em cursos de especialização, pós-graduação e os cursos técnicos, que é o caso da Escola de Saúde Pública do Paraná [...]”. Nesse sentido, E8 considera que “o movimento que vinha na formação de pessoas para atender essa parte do programa da saúde da família, [...] depois o Estado e a Escola de Saúde Pública se envolveu bastante e aí as regionais, elas tinham o compromisso de criar os PREPS, que seriam os polos regionais. [...] teve um momento antes de eu sair que a escola

esteve bem envolvida com a educação permanente em saúde, inclusive estava bem à frente na questão dos cursos técnicos, certificação de pós-graduação, de mestrado futuro, que estava sendo previsto”. E7 lembra que, “Depois, quando a Escola de Saúde Pública do Paraná assumiu isso da educação permanente, é que dentro das regionais começou ter uma coordenação”.

E21 descreve a organização da escola: “[...] ela tem algumas divisões, então nós temos a divisão de tecnologia aplicada no ensino e educação em saúde, que desenvolve os cursos das áreas de educação a distância, nas modalidades síncronas e assíncronas. [...] Temos a divisão de ensino técnico, que é muito conhecida como Centro Formador de Recursos Humanos e desenvolve ações de educação permanente para profissionais de nível médio e técnico e aqueles que são de formação inicial. [...] é uma unidade da secretaria de Estado da Sesa e ela apoia e desenvolve ações de EPS, [...] ela também apoia eventos, daquilo que a gente tem no escopo de evento técnico-científico, então a gente também considera isso como uma ação de educação permanente”. E23 destaca a responsabilidade da educação permanente em saúde no estado e aponta que “nossa escola é a unidade que é responsável pela elaboração e desenvolvimento da Política Estadual de Educação Permanente em Saúde no Estado do Paraná. [...] como Estado, a escola oferta cursos de formação e capacitação, ações de educação permanente para o Estado todo, sejam servidores estaduais ou municipais, hoje eu avalio que a escola é bem mais conhecida do que na época que eu vim aqui”. Contudo, explana que ainda há falta de entendimento pelos municípios e regionais de saúde quanto à execução das ações; a “expectativa deles é que a escola vá lá fazer aquilo para eles, [...] eles entendem que é tudo da escola, eles montam um projeto e aí mandam para a escola e aí a gente orienta, mesmo a própria Secretaria no nível central eles têm um entendimento que a escola que tem que executar, [...] a escola vai dar todo esse suporte, didático, de metodologia para auxiliar [os municípios], qual a metodologia mais adequada para atingir o objetivo daquilo que os [municípios] querem, mas o conhecimento técnico e específico é da área” (E23).

Na experiência vivenciada por E18, a ESPP é lembrada pelo papel na realização das ações de educação na saúde em que participou, como aponta em sua fala: “como a gente tinha bastante educação continuada e a gente tinha a Escola de Saúde Pública que realiza bastante treinamento para a gente, acredito que ela esteja embasada nesses pilares (metodologias ativas)”. E2 se refere à instituição como

responsável pelos aperfeiçoamentos em que participou e pelas metodologias de ensino utilizadas: “[...] eu acredito que a escola de saúde poderia te responder melhor sobre isso, como para nós os aperfeiçoamentos já vêm montados dentro de um formato, então não sei se na hora de montar esses formatos foram realmente baseados nesses pilares”. Para E15, as ações de educação permanente “tinham muito apoio também do nível central porque Escola de Saúde Pública que ficou também responsável por isso, e nós tínhamos bastante apoio e estímulo pra que a gente mantivesse essa política”.

A atuação da ESPP foi lembrada por E14, ao afirmar que houve um movimento de discussão de retomada das ações de EPS, porém, em sua prática profissional, essas ações não foram implementadas, e destaca: “talvez seja um movimento mais central, talvez esteja centralizado na Escola de Saúde Pública, que a gente sabe que ali sempre tem ações sendo desenvolvidas, mas nas regionais eu não vejo um movimento forte quanto a isso”. E6 se refere aos níveis de responsabilidade da EPS no estado, apontando a ESPP como responsável pela EP em nível estadual: “Teve uma organização regional e depois uma organização macrorregional e estadual, eu pelo menos faria até o nível do macrorregional, porque no nível estadual é a escola de saúde”.

Percebe-se, na fala dos entrevistados, o papel central desenvolvido pela ESPP nas ações de EP, como ordenadora das ações no estado, no entanto, ainda há necessidade de se fazer entender a dinâmica de organização. Fica claro que a ESPP tem o papel de organizar e auxiliar quanto ao desenvolvimento da educação permanente, porém, a demanda deve partir dos municípios e das regionais de saúde.

Discussão

As intervenções educacionais em saúde são denominadas e classificadas de acordo com a metodologia utilizada. A EPS foi criada pelo MS com o objetivo de qualificar profissionais de saúde, utilizando o seu próprio ambiente de trabalho e demanda para formar os trabalhadores, partindo da valorização do conhecimento pré-existente e, a partir dele, construir a formação (BRASIL, 2018).

Existem, no entanto, outras formas de realizar a educação profissional, como a educação continuada e a educação em serviço. Devido à aproximação, esses termos, por vezes, são utilizados como sinônimos. Paschoal, Mantovani e Méier (2007) diferenciaram a educação em serviço como experiências profissionais do cotidiano do

trabalho para resolução de problemas; já a educação continuada, como ações planejadas, aplicadas e avaliadas na educação formal, como nas pós-graduações, que são subsequentes à formação inicial e, por fim, a educação permanente, como intrínseca ao sujeito, relacionada com a formação do seu caráter e suas interações sociais.

Ao entrevistar os profissionais das regionais de saúde que estão mais próximos das ações de educação profissional, uma vez que não há no estado departamentos específicos que sejam responsáveis pela educação permanente, percebe-se que não há uma apropriação quanto ao conceito e diferenciação do que seja EPS e educação continuada para a maioria. Em estudo de revisão, Ferreira *et al.* (2019) identificaram falta de conhecimento das práticas de EPS pelos profissionais, bem como a confusão conceitual acerca do que é EPS e educação continuada em saúde, após a formação inicial, planejadas com conteúdos definidos e para o repasse de conhecimento, como cursos pontuais de atualização sobre determinado tema.

Diferentemente, a EPS é uma forma de atualização que deve provocar a reflexão crítica dos profissionais. São problemas encontrados no dia a dia de trabalho e que devem ser trabalhados em conjunto, utilizando, inclusive, a interdisciplinaridade para produção de conhecimento de qualidade (FERREIRA *et al.*, 2019).

O fervor inicial da EPS reconhecido na fala dos profissionais salienta a importância da retomada das discussões, uma vez que aqueles que vivenciaram a implantação da PNEPS entendem o papel da política e sua importância para a construção do SUS. Nesse sentido, a realização de formação para os novos agentes, ao ingressarem nos locais de trabalho, caracteriza-se como uma estratégia de fortalecimento da política nos estados e nas regionais de saúde. Conforme o relatório preliminar das oficinas, o processo de gestão para a implantação da política é complexa e a ainda há pouca compreensão por parte dos gestores sobre a importância das ações na qualificação e melhoria de atenção em saúde no SUS (BRASIL, 2018).

A construção de uma cultura de educação permanente em que os serviços de saúde tenham a formação profissional como um investimento e não como um custo, também é um desafio. Conforme apontado em documento sobre a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2018), a falta de financiamento interfere diretamente na implementação das ações, a necessidade de que os

trabalhadores envolvidos com a EP tenham conhecimento das concepções e ainda o desenvolvimento de meios de avaliação são o caminho para a melhoria da EPS.

A educação permanente busca colocar o indivíduo, trabalhador de saúde, como um ator ativo durante o processo de aprendizagem. Essa valorização, associada às metodologias ativas, provoca reflexão das necessidades de cada território, bem como experiências ricas e inovadoras (SOUZA; COSTA, 2019).

Neste estudo, as metodologias ativas foram citadas como uma ferramenta importante no processo de formação de adultos, em que o aluno é protagonista e o professor, um facilitador. Para Leal *et al.* (2018), as metodologias ativas, quando empregadas nas formações em saúde, estimulam a autonomia e a curiosidade, além de valorizar o conhecimento prévio do aluno, promovendo reflexões e alternativas aos problemas identificados.

O crescimento das metodologias ativas na área da saúde é significativo, contudo, percebe-se que ainda não há um entendimento adequado sobre esse formato de ensino; há uma massificação desses pressupostos e ainda falta domínio sobre essas técnicas. Em seu estudo, Ferraz *et al.* (2021) identificaram práticas utilizadas por docentes para concluir que há falhas quanto à aplicação das metodologias ativas e recursos indefinidos, fato que, associado aos dados da pesquisa, levam a refletir se, de fato, os sujeitos trabalhadores e profissionais intermediadores nas capacitações têm apropriação sobre o que é e como se desenvolvem as metodologias ativas.

Nas falas dos entrevistados, ganha destaque a citação do Arco de Charles de Maguerez, como uma metodologia eficaz, a qual integra o aluno na busca de soluções de acordo com sua realidade. No estudo de Ferreira (2019), a utilização do Arco de Maguerez foi a metodologia crítico-reflexiva utilizada como auxílio na promoção de mudanças nos contextos de gestão e de assistência, tanto no nível básico de saúde quanto no nível hospitalar.

Ao problematizar a EPS ofertada de forma on-line, e se atendem à necessidade de formação dos profissionais de saúde, como no caso dos cursos ofertados pela UNA-SUS, verifica-se que, na realidade de trabalho enfrentada, não há tempo protegido para essa formação, além de que, nos cursos on-line, não há diálogo, ou mesmo uma discussão acerca do assunto. Souza *et al.* (2020), em relato, compartilham uma experiência com curso pela UNA-SUS, desenvolvido sem a presença de preceptor ou tutor, ou seja, constitui-se de uma base de dados,

autoinstrucional, que não atende à necessidade de problematização da vivência e das carências de formação no ambiente de trabalho.

Pode-se perceber, nas falas dos entrevistados, que a maioria conhece a plataforma do UNA-SUS. Mesmo que a plataforma não tenha sido criada especificamente para a EPS, faz parte do rol de oportunidades de aperfeiçoamento, os quais ocorrem por meio de cursos on-line, sem interação entre o facilitador e o aluno, o que caracteriza mais uma educação continuada do que a educação permanente, como esta deveria acontecer. Conforme o documento publicado pelo MS, a educação permanente em saúde visa à formação no ambiente laboral (BRASIL, 2018). Dessa forma, qualificar profissionais em maior número e de forma contínua ainda se faz um desafio, principalmente no momento pandêmico vivenciado nos últimos anos. Esse movimento de retomada e discussão da PNEPS é de suma importância para que o Estado possa implantar de forma efetiva a PNEPS e para que, nas regionais de saúde e nos municípios, os envolvidos tenham domínio sobre essas ações.

As pesquisas em saúde buscam melhorias das tecnologias no tratamento e prevenção de doenças, e é nesse sentido que o financiamento de sistemas de pesquisa tem se tornado a realidade também no Brasil. O PROADI-SUS, em parceria com o MS, integra os hospitais de excelência, os quais possuem as melhores tecnologias e, por meio de renúncias fiscais, promovem parcerias com a saúde pública (MORAES *et al.*, 2019).

Este estudo identificou o pouco conhecimento deste programa no Estado do Paraná, fato que fica evidente principalmente entre profissionais com menor tempo de atuação na educação permanente. De acordo com Moraes *et al.* (2019), o conjunto desses projetos sofreu avanço e facilita o acesso a estudos de qualidade, todavia, a transferência desses conhecimentos e o aprimoramento pela gestão ainda necessita de melhorias para que de fato se apoie o SUS.

Em sua tese, Santos (2022) constatou que as instituições privadas recebem benefícios que vão além da isenção fiscal. Esses recursos tributários são considerados importantes para o financiamento de políticas sociais e de saúde. E ainda há fragilidades quanto à avaliação e monitoramento do programa e no alinhamento destes com o SUS.

Neste estudo, pode-se perceber o papel importante e central da ESPP nas ações de EPS no Estado. A formação em saúde pública no país tem se tornado um

desafio, principalmente para as instituições formadoras, e é nesse sentido, visando atuar segundo a realidade e as necessidades do SUS e de convergir com os princípios da EPS, que a escola tem trabalhado (SOUZA; COSTA, 2019).

As Escolas Estaduais de Saúde Pública desenvolvem um papel fundamental de reflexão e desenvolvimento de ações pedagógicas e de gestão nos processos de educação em saúde, ficando responsáveis pela educação em saúde e pela PNEPS no estado. Conforme o documento N35 do Conass, “As Escolas configuram-se, portanto, como espaço privilegiado para a formação dos trabalhadores do SUS, o que exige a reflexão sobre o papel e a posição dessas instituições tanto em suas bases conceituais como nos dispositivos organizacionais” (PONTES; COUTINHO; SANTOS, 2020).

Em seu estudo, Cardoso *et al.* (2017) destacam que, ao se confrontar com a realidade das escolas, observou a construção de instituições mais democráticas, tornando-se espaços criativos e de reflexão acerca dos problemas vivenciados na realidade de trabalho. Isso tem se transformado na chamada “cultura da Educação Permanente em Saúde” pelos autores.

Considerações Finais

É possível concluir que, na vivência dos profissionais que trabalham com a EPS no estado, esta acontece em duas frentes, sendo uma experiência de educação a distância, que tem na plataforma UNA-SUS um meio de estudo, em que os profissionais buscam títulos de qualificação em diversas áreas e a outra que se concentra nas ações desenvolvidas pelo ESPP em conjunto com as secretarias de saúde e as secretarias municipais.

As ações de EPS pontuais realizadas a distância dificultam o cumprimento dos preceitos contidos na PNEPS, que prevê que as ações de saúde sejam pautadas nos problemas do cotidiano de trabalho e ainda que as ações educativas ocorram da mesma forma, permitindo interação entre as partes e possibilidade de uma aprendizagem significativa a estes profissionais.

O destaque para as atividades desenvolvidas pela escola de saúde na fala dos profissionais é algo marcante neste estudo. É necessário ampliar o entendimento acerca do papel da escola na EPS pelas regionais de saúde e pelos municípios, mas já é possível identificar a atuação dessa instituição na formação dos profissionais que integram o quadro de colaboradores da rede de saúde.

Dentre os obstáculos enfrentados nesse processo de EPS no estado, estão a falta de apoio financeiro, a inexistência de um horário protegido para a dedicação aos processos formativos, a rotatividade dos profissionais nas secretarias de saúde, devido aos cargos comissionados, e a falta de formação contínua dos egressos nas secretarias, para que entendam e se engajem nesse processo.

Acredita-se que retomar as discussões acerca dos conceitos da educação permanente e educação continuada seja fundamental para reativar a sua força no estado, para que, como já vêm apontando outros estudos, a avaliação das ações e o trabalho interdisciplinar na construção de uma política de qualificação dos profissionais possa fortalecer e melhorar o SUS.

Outrossim, as definições não podem tratar educação continuada e educação permanente como termos opostos, pois, mesmo diferentes, são complementares e não excludentes. Há condições que exigem educação continuada e outras que podem ser abordadas pela educação permanente, mas ambas podem potencializar a consolidação do SUS, como política pública solidária que oferta serviços de qualidade a todos os brasileiros.

Referências

BOCKORNI, B. R. S.; GOMES, A. F. A amostragem em snowball (bola de neve) em uma pesquisa qualitativa no campo da administração. **Revista de Ciências Empresariais da UNIPAR**, Umuarama, v. 22, n. 1, p. 105-117, jan./jun. 2021.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?** Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva do Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Ofício Circular Nº 2/2021/Conep/SECNS/MS**. Brasília, 2021.

CAMPOS, K. F. C.; SENA, R. R.; SILVA, K. L. Permanent professional education in healthcare services. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1-10, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/9vD6Ww7FyM9qHFKqgrRkT3c/?format=pdf&lan=pt>. Acesso em: 16 nov. 2021.

CARDOSO, M. L. M. *et al.* A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde nas Escolas de Saúde Pública: reflexões a partir da prática. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 5, p. 1489-1500, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017225.33222016>. Acesso em: 7 dez. 2020.

DECIT. Departamento de Ciência e Tecnologia, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Ministério da Saúde. Programa de Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde. **Rev. Saúde Pública**, v. 45, n. 4, p. 808-811, 2011.

FERRAZ, R. M. *et al.* Metodologias ativas e o ensino tecnicista na saúde: a prática docente. **Nursing**, v. 24, n. 281, 2021. Disponível em: <http://revistas.mpmcomunicacao.com.br/index.php/revistanursing/article/view/1979/2403>. Acesso em: 24 abr. 2022.

FERREIRA, G. I. Formação profissional em Saúde: aplicação do Arco de Maguerez no processo de ensino-aprendizagem. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 23, e180020, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.180020>. Acesso em: 25 abr. 2022.

FERREIRA, L. *et al.* Educação Permanente em Saúde na atenção primária: uma revisão integrativa da literatura. **Saúde em Debate**, v. 43, n. 120, p. 223-239, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912017>. Acesso em: 23 abr. 2022.

GONÇALVES, C. B. *et al.* A retomada do processo de implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no Brasil. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. esp. 1, p. 12-23, ago. 2019.

LEMOS, F. M.; SILVA, G. G. A. Educação permanente em saúde: o estado da arte. **Rev. Interdisciplin. Promoç. Saúde - RIPS**, Santa Cruz do Sul, v. 1, n. 3, p. 207-213, jul./set. 2018.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 2010.

MORAES, L. H. *et al.* Impacto das pesquisas do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 43, n. esp. 2, p. 63-74, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S205>. Acesso em: 12 abr. 2022.

PARANÁ. **Escola de Saúde Pública**. Centro Formador de Recursos Humanos. Institucional. Curitiba, 2021.

PASCHOAL, A. S.; MANTOVANI, M. F.; MÉIER, M. J. Percepção da educação permanente, continuada e em serviço para enfermeiros de um hospital de ensino. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 41, n. 3, p. 478-484, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342007000300019>. Acesso em: 24 abr. 2022.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: avaliação de evidências para a prática de enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PONTES, H. J. C.; COUTINHO, M. L.; SANTOS, M. R. **As escolas estaduais de saúde pública**: contribuições pedagógicas e político institucionais para o SUS. Brasília; Conass; dez. 2020. 96 p. (Conass documenta, 35). Monografia em Português. Coleciona SUS, LILACS, Coleciona SUS, Conass. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/download/7955/>. Acesso em: 13 maio 2021.

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

SILVA, C. B. G.; SCHERER, M. D. A. A implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde na visão de atores que a constroem. **Interface**, Botucatu, v. 24, e190840, 2020.

SILVA, L. A. A. *et al.* Educação permanente em saúde na atenção básica: percepção dos gestores municipais de saúde. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 38, n. 1, e58779, 2017.

SOUZA, V. R. S. *et al.* Tradução e validação para a língua portuguesa e avaliação do guia COREQ. **Acta Paul Enferm.**, São Paulo, v. 34, p. eAPE02631, 2021.

5.3 Artigo 3 - Residências multiprofissionais em saúde da família: estratégia para implementação da Educação Permanente em Saúde na Atenção Básica

RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE DA FAMÍLIA: ESTRATÉGIA PARA IMPLEMENTAÇÃO DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA

MULTIDISCIPLINARY RESIDENCIES IN FAMILY HEALTH: A STRATEGY FOR THE IMPLEMENTATION OF PERMANENT HEALTH EDUCATION IN PRIMARY CARE

4
5
6

Resumo

As residências multiprofissionais em saúde da família (RMSF) visam a atender às necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Política Nacional de Educação Permanente (PNEPS), como instrumento de formação e inserção de profissionais nos serviços de saúde. Objetivou-se descrever o panorama das residências multiprofissionais em saúde da família no Estado do Paraná e a formação para o SUS. Trata-se de estudo descritivo, com abordagem qualitativa, cujos participantes foram 23 profissionais envolvidos com Educação Permanente em Saúde, entrevistados online no período de julho a setembro de 2021. As entrevistas foram submetidas à análise temática de conteúdo. Sistematizaram-se as temáticas: distribuição das RMSF no Paraná; número de profissionais formados nas RMSF; residência hospitalar como referência para a RMSF; formação generalista e multiprofissional para a saúde da família; carga horária, formação e remuneração dos preceptores e alunos; relação ensino-serviço na RMSF. As RMSF se concentram nos territórios assistidos por instituições de ensino superior ou escolas de saúde pública, requerendo-se que se ampliem esses espaços; são importantes ambientes de formação para fortalecer a atenção primária à saúde e o SUS.

Palavras-chave: Residência multiprofissional. Formação profissional. Educação Permanente em Saúde. Estratégia Saúde da Família.

⁴ Ana Cristina de Moraes. Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Biociências e Saúde da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste), Campus Cascavel/PR. E-mail: ana_c_moraes@hotmail.com

⁵ Gilson Fernandes da Silva. Enfermeiro. Doutorando do Programa de Pós-Graduação em Biociências e Saúde da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste), Campus Cascavel/PR. Coordenador do Programa de Residência Multiprofissional da Escola Municipal de Saúde Pública da Secretaria de Saúde de Cascavel/PR e coordenador da mesma escola. E-mail: gilson_enfermeiro@hotmail.com

⁶ Rosa Maria Rodrigues. Enfermeira. Doutora em Educação. Professora Associada na Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Orientadora da dissertação de mestrado em Biociências e Saúde. E-mail: rmrodri09@gmail.com

Abstract

The multidisciplinary Residencies in Family Health (MRFH) aim to meet the needs of the Brazilian Unified Health System (known as SUS) and the National Policy for Permanent Education (NPPE), as a tool for training and inserting professionals in health services. The objective was to describe the panorama of multidisciplinary residencies in family health in the State of Paraná, Brazil, and training for SUS. Descriptive study with a qualitative approach whose participants were 23 professionals related to Permanent Health Education, interviewed online from July to September 2021. The interviews were subjected to thematic content analysis. The themes were systematized: distribution of MRFH in Paraná; number of professionals trained at the MRFH; hospital residence as a reference for the MRFH; general and multidisciplinary training for family health; workload, training and remuneration of tutors and students; teaching-service relationship in the MRFH. The MRFH are concentrated in the territories served by higher education institutions or public health schools, making it necessary to expand these spaces; they are important training environments to strengthen primary health care and SUS.

Keywords: Multidisciplinary residency. Professional training. Permanent Education in Health. Family Health Strategy.

Introdução

A formação de profissionais qualificados para atuar no Sistema Único de Saúde (SUS) é essencial para seu desenvolvimento e desafia os gestores das políticas de saúde pública, a quem compete, ao implementar o SUS, ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde. Discussões sobre a formação de profissionais de saúde, sob a premissa da Educação Permanente em Saúde (EPS), como estratégia para o desenvolvimento do processo ensino-aprendizagem, têm pautado o debate, ao considerar que a formação é responsabilidade das diferentes esferas de gestão do SUS, para efetivar seus princípios e diretrizes (ROCHA *et al.*, 2017; MORSCH, 2018; SILVA *et al.*, 2021).

A criação do SUS exigiu o preparo de profissionais, desde a formação inicial até a EPS, uma vez que sua implantação alterou a forma de assistir à população (RODRIGUES; MORAES; SILVA, 2021). Para articular formação e trabalho, o Ministério da Saúde (MS) instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), como estratégia do SUS para a formação dos trabalhadores da saúde (BRASIL, 2004), assumindo a responsabilidade de ordenar a formação dos recursos humanos (MEDEIROS *et al.*, 2010; LEMOS, 2016).

A PNEPS propunha avançar para mudanças da formação em saúde pela estratégia da EPS, com a finalidade de formar e qualificar profissionais de saúde voltados para a atenção das demandas oriundas do processo de trabalho em saúde (BRASIL, 2004; 2007). O que se buscou incentivar, na formação inicial, pelo apoio do MS e do Ministério da Educação (MEC), pela implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos de graduação, em 2001, e projetos como o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde e o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PINHO; GARCIA; MARTINS, 2018).

No Estado do Paraná, a EPS, suas estratégias e propostas são discutidas e pactuadas a partir do Plano Estadual de Educação Permanente, que considera as necessidades regionais para os processos de educação permanente (PARANÁ, 2019). Estas, por sua vez, encontram-se em diferentes níveis de atenção à saúde, vislumbradas tanto na atenção básica de saúde quanto na atenção hospitalar.

A articulação da educação e saúde tem como aliadas as instituições formadoras, pois, com a EPS, busca-se a transformação na geração do conhecimento, utilizando a realidade prática do trabalho para capacitar os profissionais a melhorar a prestação de serviços à população (MICCAS; BATISTA, 2014). Ela deve valorizar o trabalho e os trabalhadores, visando à qualidade da assistência, o fortalecimento do SUS e integração entre ensino e serviço, o que pode conduzir para a transformação dos modelos de assistência (SENA *et al.*, 2017). Pode contribuir com as ações de gestão e atenção em saúde, por meio da identificação dos problemas de saúde local e reflexões sobre a realidade (FREITAS, 2018).

Dentre as estratégias de EPS, destacam-se os Programas de Residências em Saúde (PRS) (ROCHA *et al.*, 2017) e as Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS), modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu*, caracterizada por ensino em serviço, de responsabilidade da educação e saúde, com carga horária de 60 (sessenta) horas semanais e duração mínima de vinte e quatro meses, em regime de dedicação exclusiva (BRASIL, 2021a). As Residências Multiprofissionais em Saúde da Família (RMSF) são consideradas de excelência para contribuir para o processo de atuação dos profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) (SILVA *et al.*, 2020). Entre suas finalidades, tem-se a integração ensino-serviço, estratégia potente de formação, tanto para o residente quanto para o serviço no qual está inserido, tendo como cenários de prática as unidades saúde da família e outros serviços disponíveis na rede (ROCHA *et al.*, 2017).

Assim, as RMS inserem-se em uma política pública de EPS e se pautam na aprendizagem reflexiva de problemáticas encontradas no contexto de cada comunidade e território, com potencial transformador da realidade local por meio das ações realizadas na rede de serviços, almejando a construção e reconstrução de conhecimentos (SILVA *et al.*, 2016). É modalidade de formação que converge para que profissionais de saúde possam ter atuação profissional orientada pelos princípios da EPS para que a RMS seja um dispositivo de formação de atores engajados politicamente com a EPS (SILVA *et al.*, 2014).

Os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (PRMSF) são norteados por estratégias pedagógicas que se configuram a partir das Redes de Atenção à Saúde (RAS), tendo a Atenção Básica (AB) como espaço privilegiado de trabalho. Adotam dispositivos de gestão ampliada, o que permite a formação fundamentada na atenção integral, multidisciplinar e interdisciplinar e a EPS como eixo transversal e transformador da realidade (BRASIL, 2021a). São propostos e executados por instituições de ensino ou, diretamente, por Escolas de Saúde Pública estaduais ou municipais, propiciando espaços de vivência da articulação ensino-serviço e de formação no cotidiano do trabalho em saúde (RODRIGUES; MORAES; SILVA, 2021).

Possuem, como principal cenário, o contexto da AB na ESF, nos termos da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (Portaria n.º 2.436/2017), em que a ESF é o formato desejável para expansão e consolidação da AB. Esta, por sua vez, configura-se como a coordenadora do cuidado dentro da RAS e porta de entrada do SUS. Dentre alguns princípios norteadores da ESF, há o vínculo com o usuário do serviço, integralidade, participação social, intersetorialidade, dos quais emergem resultados favoráveis ao cuidado em saúde da população (BRASIL, 2017).

Nos PRMSF, o ensino-aprendizagem e exercício profissional se fazem *in loco*, para formar profissionais com habilidades e especificidades segundo as necessidades locais, integrando o processo de trabalho em saúde (MELLO *et al.*, 2018). Desse modo, impulsionando a formação de profissionais para atuação diferenciada no SUS, pelo trabalho em equipe, multiprofissional e interdisciplinar, fortalecendo o movimento de mudanças positivas na formação em saúde (SILVA *et al.*, 2016; MELLO *et al.*, 2018). Os PRMSF têm sido estratégia importante de formação profissional em serviço (ALBUQUERQUE; SANTANA; ROSSIT, 2018).

Os processos de trabalho, no âmbito da RAS, são indutores de mudanças nas políticas e nas decisões técnicas que estejam relacionadas ao eixo de formação profissional, assim, os PRMSF possibilitam articular trabalho e educação na saúde, promovendo espaço de consolidação de saberes e práticas, de forma a efetivar a implantação da PNEPS, que se diferencia, conforme as regiões e estados da federação. Assim, questiona-se: Como experiências de PRMSF se apresentam no Estado do Paraná/BR como ferramenta de EPS? Portanto, o objetivo do estudo foi descrever o panorama das residências multiprofissionais em saúde da família no Estado do Paraná e a formação para o SUS.

Metodologia

Trata-se de estudo descritivo com abordagem qualitativa, que integra estudo sobre a PNEPS no estado do Paraná, cuja produção, sistematização e análise dos dados qualitativos orientou-se pelo guia Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Reserch (COREQ), traduzido e validado para o português falado no Brasil, por Souza *et al.* (2021). O estado do Paraná se organiza em 22 regionais de saúde, distribuídas em quatro macrorregiões (Norte, Oeste, Noroeste, Leste), unidades administrativas descentralizadas e articuladas com a Secretaria Estadual de Saúde (Sesa); há, no estado, a Escola Estadual de Saúde Pública, que atua na formação inicial, ensino profissionalizante e superior para desenvolver a política estadual de formação e qualificação profissional do SUS, guiada pela EPS (PARANÁ, 2021).

Os participantes foram selecionados por amostragem não probabilística intencional ou proposital, dentre os que acompanharam ações de educação permanente desde a implantação da PNEPS, em 2004, inclusive aqueles que já estivessem aposentados, mas que viveram o período e tivessem contribuições relevantes. Contatos, via telefone das Regionais de Saúde, deram início à coleta dos dados e, a partir deles, pela estratégia de rede ou bola de neve (POLIT; BECK, 2011; BOCKORNI; GOMES, 2021), de vez que os sujeitos não eram conhecidos pelos pesquisadores e não havia uma relação específica de pessoas que se dedicassem à educação permanente em cada uma das 22 regionais de saúde do estado.

A coleta de dados aconteceu no período de julho a setembro de 2021, em entrevistas on-line, utilizando as salas de reunião do *Google Meet*, do aplicativo de vídeo e áudio do *WhatsApp* e por ligação telefônica, de acordo com a preferência da pessoa entrevistada, que foi previamente informada sobre o estudo e decidiu, com

seu livre convencimento, participar em dia e hora adequados para o encontro on-line. Responderam a um questionário semiestruturado, que guiou as entrevistas, composto dos dados de identificação e questões direcionadas para o atendimento ao objetivo do estudo, contemplando, portanto, a inserção da pessoa nas ações de EPS, o seu conhecimento sobre a PNEPS e, especialmente, sobre as residências multiprofissionais em saúde da família como estratégia de EPS.

Os dados foram interpretados pela análise de conteúdo do tipo temática, que se processa em três etapas: pré-análise, construção de categorias por meio da investigação do material e tratamento dos resultados e interpretação dos dados (MINAYO, 2010). O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa, recebido pela CAAE: 46753521.6.0000.0107 e aprovado pelo Parecer CEP: 4.715.679, em atendimento às normas das pesquisas envolvendo seres humanos do Conselho Nacional de Saúde (Resolução n.º 466/2012) (BRASIL, 2012) e orientações para pesquisas on-line dispostas no Ofício Circular n.º 2/2021/CONEP/SECNS/MS (BRASIL, 2021b). Os participantes receberam, assinaram e devolveram, digitalizado, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. As falas estão identificadas com a letra E, para indicar entrevistada(o), seguida de numerais de 1 a 23.

Resultados

Participaram do estudo 23 profissionais envolvidos com EPS, 20 mulheres e três homens, dos quais 13 enfermeiras(os), duas assistentes sociais, duas odontólogas, duas administradoras e os demais eram formados em gestão pública, engenharia sanitária, sociologia e pedagogia. Sistematizaram-se as temáticas: distribuição das RMSF no Paraná; número de profissionais formados nas RMSF; residência hospitalar como referência para a RMSF; formação generalista e multiprofissional para a saúde da família; carga horária, formação e remuneração dos preceptores e alunos; e relação ensino-serviço na RMSF.

Dentre os 23 entrevistados, 14 tinham aproximação com a temática das RMSF, mostrando que a vivência da residência como estratégia de EPS não é realidade em todo o Estado. Evidenciou-se que, nas regiões assistidas por instituições de educação superior com cursos da área da saúde, as residências são reconhecidas e vivenciadas pelos participantes que se envolvem de alguma maneira com a EPS.

Essa assertiva foi sistematizada na temática: **distribuição das RMSF no Paraná**, que se verifica nas falas de E22, ao afirmar: “hoje eu só consigo ter residente

nos grandes municípios do Estado, aqui tem Maringá, tem Londrina, Cascavel normalmente [...] eu tenho uma universidade por perto [...] em Curitiba acho que 80% das residências estão aqui na região metropolitana”, ou quando E11 afirma: “Nesse momento não, mas nós tivemos residência multiprofissional de saúde da família na UEL, no HU, todo mundo envolvido [...] conduzia e fazia uma residência multiprofissional muito rica [...]”. Na mesma direção, E14 informa: “aqui nós não temos experiências com residência multiprofissional, eu sei que [...] tem e eles falam muito bem, agora nós temos uma faculdade que tem cursos na área da saúde e que talvez possa vislumbrar que isso venha mais para perto, mas aqui nós não temos”. Ou ainda E17, ao afirmar: “Não, residência multiprofissional não, nós temos a equipe multiprofissional que era o antigo NASF, mas residência multiprofissional a gente não tem não, talvez por ser uma regional menor”. Mas, mesmo em territórios com instituições de educação superior, há relato de inexistência de residências, como informa E19: “tem uma ligação bem boa com as universidades, então residência não [...], talvez iria fazer uma parceria conosco, pessoal da universidade de Maringá”.

Dessas falas, decorre o fato de que as residências, embora sejam cursos importantes, pela sua qualidade, demandam tempo, reduzindo o número de pessoas formadas, o que se sistematizou na temática **número de profissionais formados nas RMSF**, expressa na fala de E22: “[...] ela é muito limitada do ponto de vista numérico, então, assim, eu consigo formar excelentes profissionais, dando a eles uma base de formação [...]”. De pronto, vislumbra-se que o modelo ainda não foi capaz de prover a APS com a força de trabalho que precisa e, nesse sentido, E22 sugere a alternativa de regionalização das residências, pois “[...] municípios pequenos que sozinhos não conseguiriam implantar uma residência, porém, se eu agregar com um formato de microrregiões e esse residente pudesse caminhar dentro de alguns serviços nesta microrregião, a formação desse sujeito seria muito melhor e eu conseguiria atender esses municípios, conseguia ter residentes nesses pequenos e médios municípios [...]” ofertando, portanto, profissionais em maior número para a APS.

Sistematizou-se a temática: **residência hospitalar como referência para a RMSF**. É fato que as residências multiprofissionais avançaram nos ambientes hospitalares, nos quais acumulam experiência, que são tomados como exemplos pelos entrevistados para falarem das residências em saúde da família e na saúde coletiva, como E22, que frisa que os alunos nas residências multiprofissionais

hospitalares atuam em ambiente protegido, “normalmente o hospital universitário, de serviços de referência que são todos bonitinhos com tudo arrumadinho e tal, o aluno tem quase que uma visão utópica do que é um Sistema Único de Saúde, os nossos alunos aqui nas escolas de saúde pública não, eles estão no chão de fábrica mesmo, só com serviços mais ferradão, aonde a gente tem todas as mazelas acontecendo e aí pra gente tentar fazer com que eles compreendam que aquilo ali é a realidade que a gente tem que lutar com ela dia a dia e tentar melhorar dentro das [...] diferente das federais [universidades], que têm [...] vamos dizer assim quase que os campos mais idealizados para poder receber esse aluno, os nossos campos não são preparados para receber nossos alunos [...]”.

Outrossim, despontam olhares defendendo a **formação generalista e multiprofissional para a saúde da família**, pois persiste, na APS, a inserção de especialistas, como sugere E3: “Eu acho que precisa incentivar mais, pra ter profissionais capacitados em saúde da família, é o que a gente precisa, profissional generalista, com um olhar diferenciado, a gente tem muitos especialistas na atenção primária, especialista em pediatria, geriatria, ginecologia, a gente precisa que tenha formação na saúde da família mesmo, acho bem importante”, ou quando E22 afirma: “[...] hoje a gente só pensa residências muito focadas na especialização, na especialidade obstetra, saúde mental, no caso da enfermagem que é uma profissão mais generalista e [...] no meu ponto de vista não deve se perder essa generalidade, mas ele tem que ter competências aprimoradas, então, assim, no meu ponto de vista, eu acho que poderíamos ter oferta por exemplo da residência em práticas avançadas, primeiro adquirir algumas competências mais ampliadas de alguns seguimentos da atenção primária, mas sem fechar nessa caixinha [...]”. Ou seja, o formato das residências uniprofissionais não seria o modelo ideal para a formação para a AB e para as atividades que as profissões nela desenvolvem.

Nessa esteira, E20 alerta que é preciso sair dos quadrados das profissões e reforçar a formação multiprofissional, abarcando o maior número de profissões. Afirma ela: “[...] lá [hospital universitário] tem educação permanente só na enfermagem [...]. Nós temos que pensar coletivamente. O paciente não é só da enfermagem, não é só do médico, mas temos que ter um médico, o farmacêutico, o bioquímico, o fisioterapeuta, o nutricionista, tem fono, tem um psicólogo, tem assistente social. Então como que você vai pensar em qualquer coisa se não for multiprofissional. Não tem como pensar como antigamente na época dos especialistas”.

Contudo, emergem pontos que tencionam a organização e manutenção dos cursos, compondo a temática **carga horária, formação e remuneração dos preceptores e alunos**. A carga horária, para alguns dos envolvidos nessa estratégia de EPS, precisa ser discutida, pois 60 horas semanais pode inviabilizar essa modalidade. Conforme E22: “raríssimos programas conseguem cumprir essas 60 horas como está prevista no programa lá, que entregou, para o MEC, as 40 horas que o aluno fica no serviço e mais as 20 que deveria dedicar à educação [...] redução da carga eu acho que reduzir essa carga horária, a gente pode ter programas diferentes, programas com carga horária maiores ou com carga horária menores; tentar adequar a sua necessidade de cada área [...]”. Na mesma direção, afirma E21: “[...] só acho que é surreal essas 60 horas semanais, acho que é demais, acho que não precisaria tanto, acho que é estressante, desgastante [...]”.

Os cursos de residência são normalmente financiados pelo Ministério da Educação, mas o modelo não prevê recursos para o pagamento do trabalho desenvolvido pelos preceptores, uma vez que a formação acontece nos campos de atuação das diferentes profissões. A impossibilidade de remuneração dos preceptores e a falta de formação para exercer a função são condições que afetam as residências: “[...] é uma dificuldade muito grande, como você não consegue remunerar o preceptor, elas têm muita dificuldade de primeiro achar alguém com perfil [...]” (E23). Para E22, “[...] os nossos campos não são preparados para receber nossos alunos com todas as mazelas que eles têm, inclusive com a baixa qualificação dos preceptores, os nossos preceptores têm dois problemas: não são remunerados para ser preceptor [...] agregam mais uma atividade dentro do dia a dia, que já é caótico dentro do serviço, que já está acima da sua capacidade de atendimento, e eles não têm, muitos deles não têm a devida qualificação [...] até os professores, eles ainda veem a residência como sendo um bico, um problema a mais pra eles [...]”. Da mesma forma, E23 explora a necessidade de considerar a formação dos preceptores, ao afirmar: “Nós tínhamos um projeto no início de fazer um curso para formação de preceptores, não demos conta, não conseguimos fazer”.

A previsão de recursos para financiar as bolsas de estudo para os residentes é ponto fortalecedor. “É uma oportunidade das pessoas, até pela condição de bolsista, eles se dedicarem para fazer um trabalho de melhoria da sua qualidade profissional com a bolsa [...]. Nem sempre você consegue aliar a tua jornada de trabalho com o processo formativo que vai além da sua jornada, porque muitos profissionais têm mais

de um vínculo [...] você vai ter 40h por semana pra estudar, pra se qualificar e ainda vai ganhar uma bolsa pra isso [...] se você não criar as condições pra ele estudar, é muito difícil você manter o aluno nos cursos” (E1).

De toda forma, emergem as trocas entre o serviço e os estudantes da residência, configurando ambiente de reciprocidade vislumbrado na temática: **relação ensino-serviço na RMSF**. Nas palavras de E23: “[...] Do que tive vivência com a residência, a maior transformação é neste sentido, quando a gente discute, eu percebo que sempre eles relatam, tanto o campo de prática quanto o residente que os dois tem a ganhar [...] então só tem a ganhar, o residente com a mão de obra prática, tem que ser uma relação para os dois ganhar, eu acredito ser uma estratégia válida. [...] é alguém a mais que eles teriam na equipe”. Na mesma direção, E17 diz que se trata de uma parceria em que acredita que “é muito rico para o acadêmico e para o profissional”. E12 também afirma: “Eu acredito que as residências contribuem com a educação permanente, mesmo não conhecendo e participando do processo, eu acho que, quando você faz a residência multiprofissional, você envolve vários profissionais e vários saberes, você trabalha com território e trabalha com os processos de trabalho deles, e tenta qualificar a atenção à saúde [...]” (E9).

Diante dos dados, poder-se-ia sintetizar o contexto da RMSF no estado do Paraná nas seguintes assertivas: as residências exigem uma carga horária extensa e são poucos programas no estado, daí que o quantitativo formado ainda não supra as necessidades da Atenção Básica em Saúde; a referência para o modelo implantado na saúde coletiva ainda é o hospitalar, centrado em especialidades, o que precisa ser guinado para o olhar “generalista”, embora seja uma modalidade de pós-graduação; a formação e a remuneração dos preceptores nos serviços é entrave a ser considerado; o provimento de bolsas aos alunos, assim como a reciprocidade entre ensino e serviço, são fortalezas do modelo de formação. Essas assertivas serão objeto da discussão, na sequência.

Discussão

As RMSF formam para o SUS e no SUS, tendo como suporte os seus princípios e incorporando a saúde como conceito ampliado (JUNGLES; MARTINS; MACHADO, 2021). Como bem lembrado por um dos entrevistados, tendem a se concentrar nos espaços geográficos mais populosos e com cobertura de instituições de ensino superior em saúde. Contudo, o SUS está capilarizado em todos os municípios e requer

profissionais perfilados aos seus princípios e à concepção ampliada de saúde emergente com a Reforma Sanitária.

As RMS se concentram na região Sudeste, especialmente no estado de São Paulo, corroborando o cenário de desigualdades regionais da oferta de formação em saúde, desde a graduação até as pós-graduações, dos serviços de saúde e disponibilidade de profissionais. Contudo, mostram-se como alternativa para a formação do profissional desejado para os arranjos tecnoassistenciais do SUS (SARMENTO *et al.*, 2017; SILVA *et al.*, 2021). Em 2019, havia 416 PRM implantados, dos quais 22,8% eram da área de concentração saúde da família/atenção básica/saúde coletiva e nos quais a categoria que se destacava era a enfermagem, em 93,8% dos programas (SILVA *et al.*, 2021). Atualmente, conforme informações da CNRMS (2021), há 32 programas de residência Uniprofissional e Multiprofissional na região Sul, e, no Paraná, 10 programas de residência em Atenção Básica/Saúde da Família.

A experiência da RMSF, em municípios pequenos, impactou na inovação e qualificação da gestão e atenção à saúde, configurando estratégia de EPS integrada aos campos de prática, portanto, com potencial de transformação das práticas, visando à integralidade e qualificação do cuidado; interferiu positivamente nos processos de atenção e pode enriquecer e subsidiar a gestão sanitária municipal, configurando-se em estratégias possíveis em todos os municípios (LIMA *et al.*, 2021). Há que se ampliar a cobertura das residências para municípios interioranos, nos quais os residentes podem vivenciar diversas facetas do SUS. A experiência mostrou que é possível cooperar entre diferentes instituições para partilhar recursos e expertise nos processos de implantação de PRMSF (CARVALHO; GUTIERREZ, 2021).

Como considerado por um dos entrevistados, o número de formados não é suficiente para atender à necessidade do SUS, embora os egressos sejam desejáveis na sua composição, assim como a carga horária, que é de 60 horas semanais, seria um entrave. Embora as discussões sobre a formação de profissionais residentes sejam para o SUS e que estes possam ser inseridos na RAS, e, ainda, que formados a partir das experiências e realidades vivenciadas na ABS possam integrar as equipes de saúde, nem todos os egressos dos programas de RMSF se fixam nos serviços públicos de saúde.

A ausência de uma política de contratação de trabalhadores para o SUS favorece a migração dos residentes para o setor privado. Em alguns casos, os editais

de concursos públicos não contemplam provas de títulos que lhes possibilitem maior pontuação na classificação ou a pontuação fornecida à RMS equipara-se à de outras modalidades de pós-graduação *lato sensu*, sendo inferior à da pós-graduação *stricto sensu* (ALMEIDA, 2020).

Os programas de RMS possuem carga horária de 60 horas semanais e 5.760 horas em dois anos, desencadeando queixas acerca do número exacerbado de horas trabalhadas (FERNANDES, 2013). Os residentes estão expostos à sensação de desgaste e sobrecarga de atividades, que podem comprometer a sua trajetória acadêmica e gerar sofrimento no processo de formação, uma vez que não conseguem realizar todas as atribuições que lhes são conferidas (FERNANDES, 2013; SILVA; MOREIRA, 2019).

Nos programas de RMS desenvolvidos no âmbito da ABS, os serviços não funcionam 24 horas, o que pode inviabilizar o cumprimento das 60 horas semanais, além de intensificar o trabalho do residente, na contramão da luta dos trabalhadores quanto à carga horária de 30 horas semanais. Discussões para a elaboração de outras legislações, na perspectiva de revisar a carga horária desses residentes, não é exagero (RODRIGUES, 2016).

A imersão dos residentes, tal qual se faz na assistência, como diferencial das RMSF, deve ser considerada. Ela é importante, pois, como estratégia de EPS, seria no processo de educação que eles buscariam soluções para os problemas vivenciados; de outro lado, é preciso lembrar que se trata de um processo de formação e, para tanto, condições devem ser propiciadas para que não se percam nas problemáticas realidades com que podem se defrontar.

Contudo, a RMSF é reconhecida como fortalecedora da EPS, por possibilitar alterações no processo de trabalho na ESF, e ser espaço de troca de saberes entre os profissionais e os residentes; o trabalho multiprofissional enseja a resolução dos casos e a consolidação dos princípios do SUS (MONTEIRO *et al.*, 2019).

Quando os entrevistados verbalizam que a formação deve ser generalista, depreende-se a referência ao modelo de formação dos profissionais de saúde e clamam pela formação em equipe e para o cuidado integral. Fato visualizado em estudo com odontólogos egressos da RMSF, em que o trabalho desse profissional no SUS deveria ser reorientado em face da formação que recebem na graduação ainda restrita ao núcleo profissional da odontologia. A experiência na RMSF mostra a possibilidade do trabalho interprofissional e a integralidade do cuidado percebida na

humanização das práticas e percepção do funcionamento integrado da rede de serviços, e a outras disciplinas, além da vivência de metodologias inovadoras e problematizadoras. A ampliação dessas experiências é desejável e pode contribuir com a consolidação do SUS (CARNEIRO *et al.*, 2018).

Revisão de literatura concluiu que, nas RMS, ainda é hegemônica a dimensão biomédica do cuidado, a precarização das condições de trabalho e estruturas dos serviços, impactando as relações interpessoais e institucionais entre residentes e trabalhadores dos serviços (SILVA; DALBELLO-ARAÚJO, 2019). Para psicólogos, a formação em uma RMSF foi importante para as demandas do SUS e da população usuária dos serviços. Ela tenciona a formação clássica da área sustentada na terapia instrumental, avaliativa e classificatória, interpelando o domínio assistencial por uma lógica assistencial guiada pela integralidade (GOMES *et al.*, 2017).

A RMSF foi capaz de induzir e avançar o trabalho em equipe multiprofissional, inserindo no serviço outras categorias necessárias, para além da equipe mínima da ABS. Para os profissionais, a experiência ampliou a relação entre teoria e prática e fortaleceu ações assistenciais embasadas na integralidade. Além de desencadear mudanças nas práticas profissionais, foram cenário de aprender com o outro (profissionais, residentes e usuários) e, na aprendizagem com o outro, estabelecerem-se relações interpessoais que oportunizam a reflexão-ação, momentos de troca e de planejamento do cuidado, reconhecimento das demandas sociais e de saúde das pessoas e suas famílias (DOMINGOS; NUNES; CARVALHO, 2015; ARAÚJO *et al.*, 2021). A educação e atuação interprofissional é a tendência desejada nas estratégias de EPS, definida como a participação de dois ou mais núcleos de formação atuando em conjunto (BRASIL, 2018).

Os cursos de RMS são relativamente jovens, com início de implantação em 2005 com financiamento de bolsas para os residentes, custeadas majoritariamente pelo MS (60%), MEC (33,7%) e outros tipos (6,3%); são ofertados por instituições públicas (77,88%), privadas (16,11%) e privadas sem fins lucrativos (6,01%) (SILVA *et al.*, 2021). A previsão de recursos para os residentes é a condição para a formação qualificada, pois permite dedicação integral à atividade. Nesse sentido, o MEC e o MS, pela Portaria Interministerial n.º 9/2021, reajustaram para R\$ 4.106,09 (quatro mil, cento e seis reais e nove centavos), como valor mínimo da bolsa assegurada aos residentes em área profissional da saúde (BRASIL, 2021c).

Contudo, a legislação não prevê recursos para os preceptores e tutores das RMS, principalmente para programas vinculados às instituições de ensino superior. O que corrobora com Silva e Natal (2019), ao sinalizarem as dificuldades dos preceptores e tutores pela indisponibilidade de recursos financeiros, obstáculo na aquisição dos materiais necessários, manutenção e condução das atividades, nas participações em eventos científicos e despesas de possíveis palestrantes, ausência de carga horária para realizar a supervisão e o acompanhamento do residente no serviço, além da sobrecarga dos tutores, os quais não se dedicam exclusivamente ao PRMS.

Ao contrário disso, os PRMS ofertados por Secretarias de Estados e municípios acabam subsidiando financeiramente o desenvolvimento das funções dos preceptores e tutores, como na experiência de parceria entre a Fiocruz e a Secretaria de Saúde do Mato Grosso do Sul, em que os preceptores foram remunerados no mesmo valor da bolsa do residente, favorecendo sua dedicação (CARVALHO; GUTIERREZ, 2021), mas não se configura em regra em todos os PRMSF.

Em outra experiência, no município de Cascavel-PR, o servidor público municipal designado para desempenhar preceptoria e tutoria dos residentes, sem prejuízo de suas atribuições normais, receberá, mensalmente, o valor de R\$ 1.500,00 (mil e quinhentos reais), para o acompanhamento e supervisão durante a formação em serviço, e participação nas atividades teóricas e apoio à organização do Programa (CASCAVEL, 2019). O subsídio financeiro é importante, pois a preceptoria e tutoria são integradas à jornada de trabalho (SILVA; NATAL, 2019). Contudo, o incentivo à preceptoria varia de um município para outro, seja por meio de remuneração financeira, banco de horas ou liberação de carga horária (GADELHA, 2016).

Para atender ao eixo de Valorização Ensino-Assistencial, do Plano Nacional de Fortalecimento da Residências em Saúde (BRASIL, 2021d), o MS lançou edital com o objetivo de selecionar coordenadores, que estejam no exercício da atividade de preceptoria em programas de residência, para participar de processo de formação e concessão de incentivo financeiro para fomento à produção científica. O profissional selecionado receberá bolsa formação mensal no valor de R\$ 1.500,00 (mil e quinhentos reais), pelo período de seis meses (BRASIL, 2021e).

Quanto à relação ensino-serviço que se faz nos PRMSF, destaca-se, neste estudo, a possibilidade de troca que pode ocorrer. A experiência relatada por enfermeiros em um PRMSF sinalizou o seu diferencial na formação profissional,

ampliando a visão do PSF pela convivência e troca de experiências entre diferentes profissionais; proporciona segurança para atuação profissional mediada pelos preceptores, que, além de ensinarem, incentivam a busca da autonomia no trabalho. Assim, os residentes inseridos na equipe implementam ferramentas que otimizam e qualificam o trabalho na perspectiva multiprofissional. O êxito da RMSF passa pelo reconhecimento do papel dos residentes e relacionamento entre as partes que se comprometem e agregam conhecimentos à prática profissional nessa troca cotidiana. De parte dos residentes, a experiência de se fazer profissional durante a formação gera confiança e os motiva (SILVA *et al.*, 2021a).

A RMSF, para além de estratégia de EPS, tem sido ambiente de exercício da PNEPS, nos territórios em que é implantada. Os residentes se envolvem com a EPS e a implementam, criando encontros para atualização, reflexão do trabalho cotidiano, qualificação das informações para a comunidade, valorização do trabalho multiprofissional, inter e transdisciplinar, de forma que essas ações possibilitem a integralidade da assistência, o acolhimento, a clínica ampliada e a humanização (RODRIGUES *et al.*, 2021).

No enfrentamento da emergência sanitária da Covid-19, a ABS foi secundarizada para direcionar recursos para a abertura de leitos de terapia intensiva e instalação de hospitais de campanha, por certo necessários, mas a ABS deveria ter assumido o protagonismo. Nos territórios envolvidos pela RMSF, a permanência da cobertura da ABS nos esforços combinados entre as instituições são potentes ferramentas para diversificar os olhares entre academia e gestão da saúde para superar adversidades e enfrentar emergências como a Covid-19 (PEIXOTO *et al.*, 2020). Assim, as RMSF tornam-se diferencial na reorganização dos processos de trabalho, em ações como elaboração de fluxos para o preenchimento da Declaração de Nascido Vivo; renovação de receitas; cobertura do Exame Citopatológico; rastreamento das Infecções Sexualmente Transmissíveis; realização da Teleconsulta na puericultura; supervisão dos pacientes com lesões por pressão em domicílio e o acompanhamento e monitoramento de risco nutricional de crianças (SILVA *et al.*, 2020; SILVA *et al.*, 2021b). Diante disso, os profissionais de saúde, por meio dos PRMSF, podem ser fator de mudança de paradigmas na formação, reverberando na qualidade da assistência.

Considerações Finais

Evidenciou-se que as RMSF são modelos necessários de formação para avançar na construção da APS, sustentada na ESF como modelo de assistência. De toda forma, requer-se que o modelo seja estendido para demais territórios, além dos que são assistidos por universidades ou escolas de saúde pública, ou seja, que municípios deslocados dos grandes centros e menores possam ser contemplados com PRMSF.

Outrossim, a carga horária para os PRMSF deveria ser rediscutida, pois a assistência nesses ambientes se diferencia do modelo hospitalar que se desenvolve nas 24 horas, ininterruptamente nos sete dias da semana. Ao mesmo tempo, requer-se que o olhar seja o da integralidade do cuidado, distanciando-se do modelo de cuidado especializado que persiste na APS. A formação nas RMSF deve levar ao serviço e contribuir com a mudança do modelo de cuidado que persiste neste espaço.

Destacou-se a positividade da previsão do financiamento dos programas por meio das bolsas para os residentes, mas problematizou-se que deveria haver contrapartida desse financiamento aos preceptores, pois acabam agregando essa responsabilidade ao seu cotidiano de trabalho, sem nenhum incentivo econômico para tanto.

O estudo deixou reconhecida a potencialidade das RMSF para a qualidade do cuidado nos territórios em que estão atuando, contudo, requer-se sua expansão e diferenciação na contratação dos sujeitos formados para que, de fato, eles se fixem na APS, onde podem contribuir com a mudança do modelo de cuidado sustentado na integralidade. Por tratar-se de um estudo qualitativo, pode ser que outras realidades revelem análises que tragam um olhar diferente e contribuam com o avanço dos conhecimentos acerca do tema.

Referências

ALBUQUERQUE, E. R. N.; SANTANA, M. C. C. P.; ROSSIT, R. A. S. Residências multiprofissionais em saúde como fomentadoras da formação interprofissional: percepção de nutricionistas sobre as práticas colaborativas. **Demetra**, v. 13, n. 3, p. 605-619, 2018.

ALMEIDA, F. V. Residência multiprofissional em saúde: formação continuada ou trabalho precarizado? **Revista Serpos**, v. 1, n. 1, p. 35-52, 2020.

ARAÚJO, H. P. A. *et al.* A residência multiprofissional em saúde da família como cenário para educação e práticas interprofissionais. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 29, e3450, 2021.

BOCKORNI, B. R. S.; GOMES, A. F. A amostragem em snowball (bola de neve) em uma pesquisa qualitativa no campo da administração. **Revista de Ciências Empresariais da UNIPAR**, Umuarama, v. 22, n. 1, p. 105-117, jan./jun. 2021.

BRASIL. **Portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004**. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Curso de formação de facilitadores de Educação Permanente em Saúde**: unidade de aprendizagem – análise do contexto da gestão e das práticas de saúde. Rio de Janeiro, 2005.

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. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**: o que se tem produzido para o seu fortalecimento. 1. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Residência Multiprofissional em Saúde da Família**. 2021a. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/ape/nasf/residenciamultiprofissional/>. Acesso em: 16 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva do Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Ofício Circular Nº 2/2021/Conep/SECNS/MS**. Brasília, 2021b.

BRASIL. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial nº 9, de 13 de outubro de 2021**. Altera o valor mínimo da bolsa assegurada aos médicos-residentes e aos residentes em área profissional da saúde. Brasília-DF: 2021c. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-interministerial-n-9-de-13-de-outubro-de-2021-352332739>. Acesso em: 8 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Fortalecimento das Residências em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021d.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Edital nº 4, de 31 de agosto de 2021**. Seleção de coordenadores de Coreme e Coremu. Brasília: Ministério da Saúde, 2021e. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/edital-n-4-de-31-de-agosto-de-2021-342282087>. Acesso em: 8 fev. 2022.

CARNEIRO, J. D. B. *et al.* Residência multiprofissional em saúde da família: percepções e sentidos para residentes graduados em odontologia. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 42, n. 2, p. 280-294, abr./jun. 2018.

CARVALHO, M. A. P.; GUTIÉRREZ, A. C. Quinze anos da Residência Multiprofissional em Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde: contribuições da Fiocruz. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 6, p. 2013-2022, 2021.

CASCAVEL. **Lei Municipal nº 6.988, de 10 de maio de 2019**. Institui os programas de residência médica e residência multiprofissional em área de saúde e dá outras providências. Cascavel/PR, 2019.

DOMINGOS, C. M.; NUNES, E. F. P. A.; CARVALHO, B. G. Potencialidades da Residência Multiprofissional em Saúde da Família: o olhar do trabalhador de saúde. **Interface - Comunicação, Saúde Educação**, v. 19, n. 55, p. 1221-1232, 2015.

FERNANDES, M. N. S. **Prazer e sofrimento no processo de formação de residentes multiprofissionais de saúde**. 2013. 118 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Curso de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2013. Disponível em: <https://repositorio.ufsm.br/handle/1/7399>. Acesso em: 12 fev. 2022.

FREITAS, J. P. Educação Permanente: estratégia de gestão para mudança de modelo de atenção à saúde e fortalecimento do SUS em município do interior Paulista. *In*: CONGRESSO DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO, 31., 2018. **Anais [...] 2018**. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/01/1047832/bis-v18-suplemento-2017-57-60.pdf>. Acesso em: 20 out. 2021.

GADELHA, A. K. S. **A implementação da residência integrada em saúde com ênfase em saúde da família e comunidade em municípios cearenses: um estudo de caso**. 2016. 221 f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) – Universidade Federal do Ceará, Sobral, 2016.

GOMES, E. R. *et al.* Psicólogos na residência multiprofissional em atenção básica: estudo a partir de documentos e sujeitos. **Revista Saúde e Pesquisa**, v. 10, n. 2, p. 271-282, 2017.

JUNGLES, R. P.; MARTINS, B. L.; MACHADO, P. F. Reflexões acerca das percepções dos profissionais residentes sobre um programa de residência

multiprofissional em saúde da família. **Saúde Meio Ambiente**, v. 10, p. 193-209, 2021.

LEMOS, C. L. S. Educação Permanente em Saúde no Brasil: educação ou gerenciamento permanente? **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 913-922, 2016.

LIMA, A. W. B. *et al.* Implantação e implementação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família: Residência Multiprofissional em Saúde da Família como estratégia de efetivação das políticas públicas do SUS. **Tempus, acta de saúde coletiva**, Brasília, v. 12, n. 2, p. 273-287, 2021.

MEDEIROS, A. C. *et al.* Gestão participativa na educação permanente em saúde: olhar das enfermeiras. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 63, n. 1, p. 38-42, 2010.

MELLO, A. L. *et al.* Formação de residentes multiprofissionais em saúde: limites e contribuições para a integração ensino-serviço. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 8, p. 1-8, 2018.

MICCAS, F. L.; BATISTA, S. H. S. S. Educação permanente em saúde: metassíntese. **Rev. Saúde Pública**, v. 48, n. 1, p. 170-185, 2014.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 2010.

MONTEIRO, M. S. F. *et al.* Residência Multiprofissional em Saúde da Família e suas contribuições para os serviços de saúde: revisão integrativa. **REAS/EJCH**, v. Sup. 24, e519, 2019. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/519>. Acesso em: 20 out. 2021.

MORSCH, C. Formação profissional em serviço social para atuação no Sistema Único de Saúde. *In*: ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISADORES EM SERVIÇO SOCIAL, 16., Vitória, 2018. **Anais [...]**. Vitória, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/abepss/article/download/22801/15262>. Acesso em: 20 out. 2021.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. **Resolução Sesa nº 741/2018**. Curitiba: Secretaria de Saúde, 2018. Disponível em: https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-04/741_18.pdf. Acesso em: 28 out. 2021.

PARANÁ. Escola de Saúde Pública. Centro Formador de Recursos Humanos. **Plano Estadual de Educação Permanente do Paraná**. Curitiba, 2019. Disponível em: <https://www.conass.org.br/planos-estaduais-educacao-permanente/PEEPS-PR.pdf>. Acesso em: 30 out. 2019.

PARANÁ. **Escola de Saúde Pública**. Centro Formador de Recursos Humanos. Institucional. Curitiba, 2021.

PEIXOTO, M. V. S. *et al.* Atenção básica à saúde no enfrentamento à covid-19: perspectivas, desafios e a experiência de um programa de residência multiprofissional em saúde da família. **REVIPI**, v. 7, n. 2, p. 55-66, 2020.

PINHO, L. M. G.; GARCIA, V. L.; MARTINS, M. C. F. N. Implantação da Residência Médica e Multiprofissional em Saúde da Família em um município paulista: percepção de residentes da primeira turma (2014-2016). **Rev. Bras. Pesq. Saúde**, Vitória, v. 20, n. 1, p. 23-31, 2018.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

ROCHA, A. F. *et al.* Sobre a residência integrada em saúde com ênfase em vigilância em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 10, p. 3467-3472, 2017.

RODRIGUES, D. F. *et al.* Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Educação Permanente em Saúde: uma construção de vínculo entre a educação e o trabalho. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 5, e7410514491, 2021.

RODRIGUES, R. M.; MORAES, A. C.; SILVA, G. F. Educação permanente e Sistema Único de Saúde. **Revista Varia Scientia-Ciências da Saúde**, v. 7, n. 1, p. 7-8, 2021.

RODRIGUES, T. F. Residências multiprofissionais em saúde: formação ou trabalho? **Serviço Social e Saúde**, Campinas, v. 15, n. 1, p. 71-82, 2016.

SARMENTO, L. F. *et al.* A distribuição regional da oferta de formação na modalidade Residência Multiprofissional em Saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 113, p. 415-424, abr./jun. 2017.

SENA, R. R. *et al.* Educação permanente nos serviços de saúde: atividades educativas desenvolvidas no estado de Minas Gerais, Brasil. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 38, n. 2, p. 1-7, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.02.64031>. Acesso em: 21 out. 2021.

SILVA, C. *et al.* Residência Multiprofissional como espaço intercessor para a educação permanente em saúde. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 25, n. 1, 2016.

SILVA, C. A.; DALBELLO-ARAUJO, M. Programa de Residência Multiprofissional em Saúde: o que mostram as publicações. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 123, p. 1240-1258, out./dez. 2019.

SILVA, C. T. *et al.* Educação permanente em saúde a partir de profissionais de uma residência multidisciplinar: estudo de caso. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 35, n. 3, p. 49-54, 2014.

SILVA, G. F. *et al.* Atuação do residente de enfermagem no enfrentamento à Covid19 no município de Cascavel/PR: Relato de experiência. **Revista Varia Scientia – Ciências da Saúde**, v. 6, n. 2, p. 1-8, 2020.

SILVA, G. F. *et al.* Residência multiprofissional em saúde da família e as contribuições para o processo de formação do enfermeiro. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v. 7, n. 8, 2021a.

SILVA, G. F. *et al.* Experiência dos residentes de enfermagem na reorganização do processo de trabalho para enfrentamento da covid-19. **Revista Varia Scientia-Ciências da Saúde**, Cascavel, v. 7, n. 2, p. 88-97, 2021b.

SILVA, L. S.; NATAL, S. Residência multiprofissional em saúde: análise da implantação de dois programas pela Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, 2019.

SILVA, M. B. *et al.* Caracterização das residências multiprofissionais em saúde do Brasil. **REAS/EJCH**, v. 13, n. 2, e5491, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reas.e5491>. Acesso em: 31 jan. 2022.

SILVA, R. M. B.; MOREIRA, S. N. T. Estresse e Residência Multiprofissional em Saúde: compreendendo significados no processo de formação. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 43, n. 4, p. 157-166, 2019.

SOUZA, V. R. S. *et al.* Tradução e validação para a língua portuguesa e avaliação do guia COREQ. **Acta Paul Enferm.**, São Paulo, v. 34, p. eAPE02631, 2021.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS DA DISSERTAÇÃO

Compreender como a educação permanente em saúde tem acontecido ao longo dos anos no estado do Paraná é essencial para a identificação dos pontos de melhoria para a qualificação profissional e a consequente e esperada melhoria dos serviços públicos de saúde.

A partir do desenvolvimento deste estudo, foi possível identificar que a educação profissional esteve presente nas ações oficiais, mesmo antes da criação da PNEPS, e com maior destaque após a criação dos PREPS e estando presente na implementação programas e políticas de saúde.

A educação a distância é um ponto que se destaca também na educação profissional e contínua, como um método de formação com potencial de atingir mais pessoas, mas que não é o preferido pelos profissionais, uma vez que não permite interação entre as partes. E, de certa forma, é contraditório com os pressupostos da EPS, não cumprindo com os preceitos da política, a qual prevê que a formação parta do trabalho e ocorra no trabalho, permitindo uma construção constante e rica do conhecimento a partir de cada realidade.

Contudo, o estado conta com a ESPP, instituição responsável por organizar e apoiar as regionais de saúde e municípios na formação dos trabalhadores de saúde a partir da necessidade de cada serviço ao menos nos processos de atualizações oficiais de políticas e programas de saúde.

Já as RMSF foram apontadas como importante possibilidade de formação nos territórios, baseado nos princípios da APS com o objetivo de um cuidado integral à população. O apoio financeiro oferecido aos residentes por meio das bolsas é positivo, mas ainda há necessidade de incentivo financeiro aos preceptores e da expansão das residências multiprofissionais para outros territórios.

Reavivar as discussões acerca de EPS é essencial no estado, bem como a ampliação da atuação das CIES em conjunto com a ESPP e as regionais de saúde e municípios. A somatória disso com um incentivo financeiro adequado deve possibilitar um avanço na EPS no estado.

REFERÊNCIAS

ABATI, M. **A educação permanente em saúde como estratégia de gestão na saúde pública**. Curitiba: UFPR, 2011. Disponível em:

<https://acervodigital.ufpr.br/handle/1884/32805>. Acesso em: 30 out. 2020.

ALBUQUERQUE, E. R. N.; SANTANA, M. C. C. P.; ROSSIT, R. A. S. Residências multiprofissionais em saúde como fomentadoras da formação interprofissional: percepção de nutricionistas sobre as práticas colaborativas. **Demetra**, v. 13, n. 3, p. 605-619, 2018.

ALMEIDA, F. V. Residência multiprofissional em saúde: formação continuada ou trabalho precarizado? **Revista Serpos**, v. 1, n. 1, p. 35-52, 2020.

ARAÚJO, H. P. A. *et al.* A residência multiprofissional em saúde da família como cenário para educação e práticas interprofissionais. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 29, e3450, 2021.

BARRAL-NETTO, M. *et al.* **Práticas inovadoras da Rede UNA-SUS: tecnologias e estratégias pedagógicas para a promoção da Educação Permanente em Saúde**. Porto Alegre: Ed. da UFCSPA, 2018. Disponível em: https://www.ufcspa.edu.br/editora_log/download.php?cod=007&tipo=pdf. Acesso em: 10 dez. 2020.

BATAZAR NETO, F. F.; TORRES, R. C. L. **Direito administrativo**. 10. ed. rev. atual. ampl. Salvador: Juspodivm, 2020.

BATISTELLA, C. Abordagens contemporâneas do conceito de saúde. *In*: FONSECA, A. F.; CORBO, A. M. D'A. (Orgs.). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007. (Coleção Educação Profissional e Docência em saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde, 1). p. 51-86.

BOCKORNI, B. R. S.; GOMES, A. F. A amostragem em snowball (bola de neve) em uma pesquisa qualitativa no campo da administração. **Revista de Ciências Empresariais da UNIPAR**, Umuarama, v. 22, n. 1, p. 105-117, jan./jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, 1986.

BRASIL. **Portaria nº. 198/GM/MS, em 13 de fevereiro de 2004**. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **A Educação Permanente entra na Roda**. Polos de Educação Permanente em Saúde: conceitos e caminhos a percorrer. Brasília: MS, 2005.

BRASIL. **Decreto nº 7.385, de 8 de dezembro de 2010**. Institui o Sistema Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde – UNA-SUS, e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, p. 19, dez. 2010.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 7 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. **Educação Permanente em Saúde**: um movimento instituinte de novas práticas no Ministério da Saúde: Agenda 2014. Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Subsecretaria de Assuntos Administrativos. 1. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**: o que se tem produzido para o seu fortalecimento? Brasília: Ministério da Saúde, 2018a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Consolidado sobre o processo de implementação da Política Nacional de Educação permanente em Saúde (PNEPS)**. Brasília, 2018b. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/dezembro/12/Relat--rio-Consolidado-sobre-o-processo-de-implementa----o-da-PNEPS--DEGES---SGTES--MS-2018-.pdf>. Acesso em: 31 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Residência Multiprofissional em Saúde da Família**. 2021a. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/ape/nasf/residenciamultiprofissional/>. Acesso em: 16 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial nº 9, de 13 de outubro de 2021**. Altera o valor mínimo da bolsa assegurada aos médicos-residentes e aos residentes em área profissional da saúde. Brasília-DF: 2021b. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-interministerial-n-9-de-13-de-outubro-de-2021-352332739>. Acesso em: 8 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Fortalecimento das Residências em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Edital nº 4, de 31 de agosto de 2021**. Seleção de coordenadores de COREME e COREMU. Brasília: Ministério da Saúde, 2021d. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/edital-n-4-de-31-de-agosto-de-2021-342282087>. Acesso em: 8 fev. 2022.

BRASIL, L. S. B.; HADDAD, A. E. O modelo pedagógico da universidade aberta do sus e o seu alinhamento com a educação permanente e as competências profissionais em saúde. **Unirede. Revista de educação a distância**, v. 4, n. 1, p. 2359-6082, 2017.

BUSSOTTI, E. A. *et al.* Programa educacional para unidades de terapia intensiva neonatais e pediátricas brasileiras. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 611-631, dez. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462013000300009&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 30 nov. 2020.

CAMPOS, F. E. *et al.* **Experiências exitosas da rede UNA-SUS**: trajetórias de fortalecimento e consolidação da Educação Permanente em Saúde no Brasil. São Luís: EDUFMA, 2017.

CAMPOS, F. E.; LEMOS, A. F.; OLIVEIRA, V. A. UNA-SUS: um ecossistema resiliente. *In*: CAMPOS, F. E. *et al.* **Experiências exitosas da Rede UNA-SUS**: trajetórias de fortalecimento e consolidação da Educação Permanente em Saúde no Brasil. São Luís: EDUFMA, 2017. p. 13-33. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/9877>. Acesso em: 20 nov. 2021.

CAMPOS, K. A.; SANTOS, F. M. D. A educação a distância no âmbito da educação permanente em saúde do Sistema Único de Saúde (SUS). **Revista do Serviço Público**, v. 67, n. 4, p. 603-626, 2016.

CAMPOS, K. F. C.; SENA, R. R.; SILVA, K. L. Educação permanente nos serviços de saúde. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452017000400801&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 dez. 2020.

CARDOSO, M. L. M. *et al.* A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde nas Escolas de Saúde Pública: reflexões a partir da prática. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 5, p. 1489-1500, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017225.33222016>. Acesso em: 7 dez. 2020.

CARNEIRO, J. D. B. *et al.* Residência multiprofissional em saúde da família: percepções e sentidos para residentes graduados em odontologia. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 42, n. 2, p. 280-294, abr./jun. 2018.

CARVALHO, M. A. P.; GUTIÉRREZ, A. C. Quinze anos da Residência Multiprofissional em Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde: contribuições da Fiocruz. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 6, p. 2013-2022, 2021.

CARVALHO, R. A.; STRUCHINER, M. Conhecimentos e expertises de universidades tradicionais para o desenvolvimento de cursos a distância da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS). **Interface**, Botucatu, v. 21, n. 63, p. 991-1003, dez. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832017000400991&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 23 mar. 2021.

CASCAVEL. **Lei Municipal nº 6.988, de 10 de maio de 2019**. Institui os programas de residência médica e residência multiprofissional em área de saúde e dá outras providências. Cascavel/PR, 2019.

CAVALCANTI, F. O. L.; GUIZARDI, F. L. Educação continuada ou permanente em saúde? Análise da produção panamericana da saúde. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 99-122, abr. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462018000100099&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 21 out. 2020.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41- 65, 2004.

DECIT. Departamento de Ciência e Tecnologia, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Ministério da Saúde. Programa de Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde. **Rev. Saúde Pública**, v. 45, n. 4, p. 808-811, 2011.

DOMINGOS, C. M.; NUNES, E. F. P. A.; CARVALHO, B. G. Potencialidades da Residência Multiprofissional em Saúde da Família: o olhar do trabalhador de saúde. **Interface**, Botucatu, v. 19, n. 55, p. 1221-1232, 2015.

FERNANDES, M. N. S. **Prazer e sofrimento no processo de formação de residentes multiprofissionais de saúde**. 2013. 118 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2013. Disponível em: <https://repositorio.ufsm.br/handle/1/7399>. Acesso em: 12 fev. 2022.

FRANÇA, T. *et al.* Política de Educação Permanente em Saúde no Brasil: a contribuição das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1817-1828, jun. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002601817&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 16 mar. 2021.

FREITAS, J. P. Educação Permanente: estratégia de gestão para mudança de modelo de atenção à saúde e fortalecimento do SUS em município do interior Paulista. *In*: CONGRESSO DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO, 31., 2018. **Anais [...]**. 2018.

GADELHA, A. K. S. **A implementação da residência integrada em saúde com ênfase em saúde da família e comunidade em municípios cearenses: um estudo de caso**. 2016. 221 f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) – Universidade Federal do Ceará, Sobral, 2016.

GOMES, E. R. *et al.* Psicólogos na residência multiprofissional em atenção básica: estudo a partir de documentos e sujeitos. **Revista Saúde e Pesquisa**, v. 10, n. 2, p. 271-282, 2017.

GONÇALVES, C. B. *Et al.* A retomada do processo de implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no Brasil. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. esp. 1, p. 12-23, ago. 2019.

HADDAD, A. E. *et al.* Política Nacional de Educação na Saúde. **Rev Baiana Saúde**, 2008.

JUNGLES, R. P.; MARTINS, B. L.; MACHADO, P. F. Reflexões acerca das percepções dos profissionais residentes sobre um programa de residência multiprofissional em saúde da família. **Saúde Meio Ambiente**, v. 10, p. 193-209, 2021.

KOERICH, C.; ERDMANN, A. L.; LANZONI, G. M. M. Interação profissional na gestão da tríade: educação permanente em saúde, segurança do paciente e qualidade. **ver. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 28, e3379, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692020000100414&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 30 out. 2020.

LAVICH, C. R. P. *et al.* Ações de educação permanente dos enfermeiros facilitadores de um núcleo de educação em enfermagem. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 38, n. 1, mar. 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.01.62261>. Acesso em: 31 out. 2020.

LEMOS, C. L. S. Educação Permanente em Saúde no Brasil: educação ou gerenciamento permanente? **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 913-922, mar. 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000300913. Acesso em: 10 dez. 2022.

LEMOS, F. M.; SILVA, G. G. A. Educação permanente em saúde: o estado da arte. **Rev. Interdisciplin. Promoç. Saúde - RIPS**, Santa Cruz do Sul, v. 1, n. 3, p. 207-213, jul./set. 2018.

LIMA, A. W. B. *et al.* Implantação e implementação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família: residência multiprofissional em Saúde da Família como estratégia de efetivação das políticas públicas do SUS. **Tempus, acta de saúde coletiva**, Brasília, v. 12, n. 2, p. 273-287, 2021.

MACHADO, J. F. F. P. *et al.* Educação Permanente no cotidiano da Atenção Básica no Mato Grosso do Sul. **Saúde Debate**, 2015, v. 39, n. 104, p. 102-113. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-110420151040223>. Acesso em: 29 nov. 2020.

MARIN, M. J. S. *et al.* Formação na Modalidade a Distância pela Universidade Aberta do SUS: Estudo Qualitativo sobre o Impacto do Curso na Prática Profissional. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 2, p. 201-209, jun. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022017000200201&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 23 mar. 2021.

MEDEIROS, A. C. *et al.* Gestão participativa na educação permanente em saúde: olhar das enfermeiras. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 63, n. 1, p. 38-42, 2010.

MELLO, A. L. *et al.* Formação de residentes multiprofissionais em saúde: limites e contribuições para a integração ensino-serviço. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 8, p. 1-8, 2018.

MICCAS, F. L.; BATISTA, S. H. S. S. Educação permanente em saúde: metassíntese. **Rev. Saúde Pública**. v. 48, n. 1, p. 170-185, 2014.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 2010.

MONTEIRO, M. S. F. *et al.* Residência Multiprofissional em Saúde da Família e suas contribuições para os serviços de saúde: revisão integrativa. **REAS/EJCH**, v. sup. 24, e519.

MORAES, L. H. Impacto das pesquisas do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. esp. 2, p. 63-74, nov. 2019.

MORAIS, I. A.; ROSA, W. V. S.; ARAGÃO, E. S. Caracterização dos projetos do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde nos triênios de 2009-2011 e 2012-2014. **Atas CIAIQ2019**. Investigação Qualitativa em Saúde. Investigación Cualitativa em Salud, v. 2, 2019.

MORSCH, C. Formação profissional em serviço social para atuação no Sistema Único de Saúde. *In*: ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISADORES EM SERVIÇO SOCIAL, 16., Vitória, 2018. **Anais [...]**. Vitória, 2018.

NICOLETTO, S. C. S. *et al.* Desafios na implantação, desenvolvimento e sustentabilidade da Política de Educação Permanente em Saúde no Paraná, Brasil. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 22, n. 4, p. 1094-1105, 2013.

OLIVEIRA, V. A. *et al.* Constituição e expansão da rede UNA-SUS: trajetória 2008 a 2015. *In*: GUSMÃO, C. M. G. *et al.* (Orgs.). **II Relato de experiências em tecnologias educacionais do Sistema UNA-SUS 2015**. Recife: UFPE, 2015. p. 14-34.

PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde**, Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 21, n.1, jan./mar. 2014, p. 15-35. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/hcsm/v21n1/0104-5970-hcsm-21-1-00015.pdf>. Acesso em: 9 out. 2020.

PARANÁ. Escola de Saúde Pública. Centro Formador de Recursos Humanos. **Plano Estadual de Educação Permanente do Paraná**. Curitiba, 2019. Disponível em: <https://www.conass.org.br/planos-estaduais-educacao-permanente/PEEPS-PR.pdf>. Acesso em: 30 out. 2019.

PARANÁ. **Escola de Saúde Pública**. Centro Formador de Recursos Humanos. Institucional. Curitiba, 2021.

PASSONE, E. F. K. Uma perspectiva educacional histórico-crítica na educação permanente em saúde. **Revista @ambienteeducação**, v. 12, n. 3, p. 132-153, set. 2019. Disponível em: <https://publicacoes.unicid.edu.br/index.php/ambienteeducacao/article/view/773>. Acesso em: 28 mar. 2021.

PEIXOTO, L. S. *et al.* Educação permanente, continuada e em serviço: desvendando seus conceitos. **Enferm. glob.**, Murcia, v. 12, n. 29, p. 307-322, jan. 2013. Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000100017&lng=es&nrm=iso. Acesso em: 23 mar. 2021.

PEIXOTO, M. V. S. *et al.* Atenção básica à saúde no enfrentamento à covid-19: perspectivas, desafios e a experiência de um programa de residência multiprofissional em saúde da família. **REVIPI**, v. 7, n. 2, 2020.

PERNAMBUCO. Governo do Estado. Secretaria de Saúde. **Experiências em educação permanente em saúde no estado de Pernambuco**: formação que se constrói em rede. Pernambuco. Governo do Estado. Secretaria de Saúde. Recife: Secretaria de Saúde, 2019.

PINHO, L. M. G.; GARCIA, V. L.; MARTINS, M. C. F. N. Implantação da Residência Médica e Multiprofissional em Saúde da Família em um município paulista: percepção de residentes da primeira turma (2014-2016). **Rev. Bras. Pesq. Saúde**, Vitória, v. 20, n. 1, p. 23-31, 2018.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: avaliação de evidências para a prática de enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

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

ROCHA, A. F. *et al.* Sobre a residência integrada em saúde com ênfase em vigilância em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 10, p. 3467-3472, 2017.

RODRIGUES, D. F. *et al.* Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Educação Permanente em Saúde: uma construção de vínculo entre a educação e o trabalho. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 5, e7410514491, 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i5.14491>. Acesso em: 02 mar.2022.

RODRIGUES, R. M.; MORAES, A. C.; SILVA, G. F. Educação permanente e Sistema Único de Saúde. **Revista Varia Scientia – Ciências da Saúde**, v. 7, n. 1, 2021.

RODRIGUES, T. F. Residências multiprofissionais em saúde: formação ou trabalho? **Serviço Social e Saúde**, Campinas, v. 15, n. 1, p. 71-82, 2016.

SARMENTO, L. F. *et al.* A distribuição regional da oferta de formação na modalidade Residência Multiprofissional em Saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 113, p. 415-424, abr./jun. 2017.

SCLIAR, M. História do conceito de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 17, n.1, p. 29-41, abr. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312007000100003&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 7 dez. 2020.

SENA, R. R. *et al.* Educação permanente nos serviços de saúde: atividades educativas desenvolvidas no estado de Minas Gerais, Brasil. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 38, n. 2, p. 1-7, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.02.64031>. Acesso em: 7 dez. 2020.

SILVA, C. *et al.* Residência Multiprofissional como espaço intercessor para a educação permanente em saúde. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 25, n. 1, 2016.

SILVA, C. A.; DALBELLO-ARAUJO, M. Programa de Residência Multiprofissional em Saúde: o que mostram as publicações. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 123, p. 1240-58, out./dez. 2019.

SILVA, C. B. G.; SCHERER, M. D. A. A implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde na visão de atores que a constroem. **Interface**, Botucatu, v. 24, e190840, 2020.

SILVA, C. T. *et al.* Educação permanente em saúde a partir de profissionais de uma residência multidisciplinar: estudo de caso. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 35, n. 3, p. 49-54, 2014.

SILVA, G. F. *et al.* Atuação do residente de enfermagem no enfrentamento à Covid19 no município de Cascavel/PR: Relato de experiência. **Revista Varia Scientia – Ciências da Saúde**, v. 6, n. 2, p. 1-8, 2020.

SILVA, L. A. A. *et al.* Educação permanente em saúde na atenção básica: percepção dos gestores municipais de saúde. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 38, n. 1, e58779, 2017.

SILVA, M. B. *et al.* Caracterização das residências multiprofissionais em saúde do Brasil. **REAS/EJCH**, v. 13, n. 2, e5491, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reas.e5491>. Acesso em: 31 jan. 2022.

SILVA, R. M. B.; MOREIRA, S. N. T. Estresse e Residência Multiprofissional em Saúde: compreendendo significados no processo de formação. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 43, n. 4, p. 157-66, 2019.

SOUZA, V. R. S. *et al.* Tradução e validação para a língua portuguesa e avaliação do guia COREQ. **Acta Paul Enferm.**, São Paulo, v. 34, p. eAPE02631, 2021.

TCU. Tribunal de Contas da União. **Relatório de Auditoria TC 016.264/2017-7**. Sessão Ordinária de 28/02/2018. Código eletrônico para localização na página do TCU na Internet: AC-0394-06/18-P.

VENDRUSCOLO, C. *et al.* **Frutos dos movimentos de educação permanente em saúde de Santa Catarina**: caminhos e oportunidades. 1. ed. Porto Alegre: UNIDA, 2018. (Série Atenção Básica e Educação na Saúde, v.16).

Apêndice I

Instrumento Orientador das Entrevistas

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Nome:

Regional de saúde em que atua:

Função na regional de saúde:

QUESTÕES

1. Fale sobre sua experiência na atuação nas ações de educação permanente desde que começou a desenvolvê-las.
2. Como você avalia a implementação da política nacional de educação permanente?
3. Como você vê a experiência da política Nacional de Educação Permanente, a emergência da Una-SUS e do Proadi-SUS?
4. Como essas diferentes possibilidades de educação permanente foram implantadas na sua regional de saúde?
5. Você conhece os pilares da educação permanente? (aprendizagem significativa, aprender a aprender, ações de educação a partir do cotidiano do trabalho no SUS, educação ao longo da vida,)?
6. Você avalia que as estratégias de educação permanente efetivadas foram sustentadas nestes pilares?
7. Como você vê os pilares da educação permanente em saúde em sua efetiva implementação?

Apêndice II

Termo de consentimento Livre e Esclarecido



Universidade Estadual do Oeste do Paraná

Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação

Comitê de Ética em Pesquisa – CEP



Aprovado na

CONEP em 04/08/2000

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

Título do Projeto: **Política Nacional de Educação Permanente e a Educação Permanente em Saúde no Paraná**

Certificado de Apresentação para Apreciação Ética – “CAAE” N° 46753521.6.0000.0107

Pesquisador para contato: Ana Cristina de Moraes

Telefone:046-991322138

Endereço de contato (Institucional):ana_c_moraes@hotmail.com

Convidamos *você* a participar de uma pesquisa sobre a implementação das ações de educação permanente em saúde no estado do Paraná. Os objetivos estabelecidos são compreender como foram introduzidas e implementadas as ações de formação profissional para os trabalhadores do Sistema Único de Saúde a partir da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde nas Regionais de Saúde no Estado do Paraná e têm o propósito de subsidiar a realização de atividades educativas de acordo com as necessidades e lacunas entre a teoria e prática. Para que isso ocorra *você* será submetido a entrevistas por meio de dispositivos online, as quais serão gravadas e transcritas na íntegra, respeitando o anonimato e preceitos éticos.

Se ocorrer algum transtorno, decorrente de sua participação em qualquer etapa desta pesquisa, nós pesquisadores, providenciaremos acompanhamento e a assistência imediata, integral e gratuita. Havendo a ocorrência de danos, previstos ou não, mas decorrentes de sua participação nesta pesquisa, caberá a *você* , na forma da Lei, o direito de solicitar a respectiva indenização.

Também *você* poderá a qualquer momento desistir de participar da pesquisa sem qualquer prejuízo. Para que isso ocorra, basta informar, por qualquer modo que *lhe* seja possível, que deseja deixar de participar da pesquisa e qualquer informação que tenha prestado será retirada do conjunto dos dados que serão utilizados na avaliação dos resultados.

Você não receberá e não pagará nenhum valor para participar deste estudo, no entanto, terá direito ao ressarcimento de despesas decorrentes de sua participação.

Nós pesquisadores garantimos a privacidade e o sigilo de sua participação em todas as etapas da pesquisa e de futura publicação dos resultados. O seu nome, endereço, voz e imagem nunca serão associados aos resultados desta pesquisa, exceto quando *você* desejar. Nesse caso, *você* deverá assinar um segundo termo, específico para essa autorização e que deverá ser apresentado separadamente deste.

As informações que *você* fornecer serão utilizadas exclusivamente nesta pesquisa. Caso as informações fornecidas e obtidas com este consentimento sejam consideradas úteis para outros estudos, *você* será procurado para autorizar novamente o uso.

Este documento que você vai assinar contém duas (02) páginas. Você deve vistar (rubricar) todas as páginas, exceto a última, onde você assinará com a mesma assinatura registrada no cartório (caso tenha). Este documento está sendo apresentado a você em duas vias, sendo que uma via é sua. Sugerimos que guarde a sua via de modo seguro.

Caso você precise informar algum fato ou decorrente da sua participação na pesquisa e se sentir desconfortável em procurar o pesquisador, você poderá procurar pessoalmente o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UNIOESTE (CEP), de segunda a sexta-feira, no horário de 08h00 as 15h30min, na Reitoria da UNIOESTE, sala do Comitê de Ética, PRPPG, situado na rua Universitária, 1619 – Bairro Universitário, Cascavel – PR. Caso prefira, você pode entrar em contato via Internet pelo e-mail: cep.prppg@unioeste.br ou pelo telefone do CEP que é (45) 3220-3092.

Declaro estar ciente e suficientemente esclarecido sobre os fatos informados neste documento.

Nome do sujeito de pesquisa ou responsável:

Assinatura:

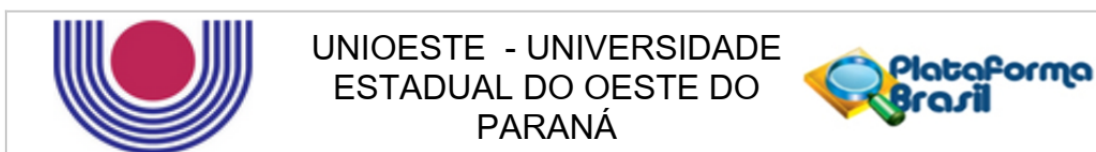
Eu, Ana Cristina de Moraes, declaro que forneci todas as informações sobre este projeto de pesquisa ao participante (e/ou responsável).

Assinatura do pesquisador

Cascavel, _____ de _____ de 20____.

Anexo I

Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE E A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NO PARANÁ

Pesquisador: ROSA MARIA RODRIGUES

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 46753521.6.0000.0107

Instituição Proponente: Centro de Ciências Biológicas e da Saúde CCBS - UNIOESTE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.715.679

Apresentação do Projeto:

A pesquisa visa compreender como foram introduzidas e implementadas as ações para formar os trabalhadores para os Sistema Único de Saúde após a proposta da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde nas Regionais de Saúde no Estado do Paraná.

Objetivo da Pesquisa:

Compreender como foram introduzidas e implementadas as ações para formar os trabalhadores para os Sistema Único de Saúde após a proposta da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde nas Regionais de Saúde no Estado do Paraná.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Descritos de forma clara no projeto.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Atende aos critérios para ser desenvolvida.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os documentos foram apresentados com as devidas assinaturas.

Recomendações:

Não há recomendações.

Endereço: RUA UNIVERSITARIA 2069

Bairro: UNIVERSITARIO

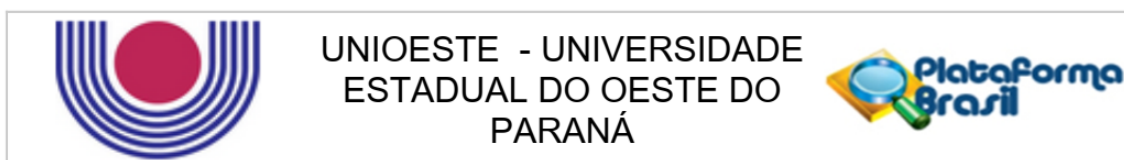
UF: PR

Telefone: (45)3220-3092

CEP: 85.819-110

Município: CASCAVEL

E-mail: cep.prppg@unioeste.br



Continuação do Parecer: 4.715.679

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há inadequações e ou pendências.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1753855.pdf	13/05/2021 09:02:22		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_ANA_12_05_21.pdf	13/05/2021 09:01:46	ROSA MARIA RODRIGUES	Aceito
Outros	APENDICE_i.pdf	13/05/2021 09:01:33	ROSA MARIA RODRIGUES	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO.pdf	13/05/2021 08:53:52	ROSA MARIA RODRIGUES	Aceito
Outros	LATTES_ANA_MORAES.pdf	12/05/2021 23:07:52	ROSA MARIA RODRIGUES	Aceito
Outros	CURRICULO_ROSA.pdf	12/05/2021 23:03:50	ROSA MARIA RODRIGUES	Aceito
Declaração de concordância	Termo_de_anuencia_institucional_SESA.pdf	12/05/2021 23:03:26	ROSA MARIA RODRIGUES	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Formulario_CEP.pdf	12/05/2021 23:02:22	ROSA MARIA RODRIGUES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	APENDICE_II.pdf	12/05/2021 22:54:13	ROSA MARIA RODRIGUES	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CASCADEL, 17 de Maio de 2021

Assinado por:
Dartel Ferrari de Lima
(Coordenador(a))

Endereço: RUA UNIVERSITARIA 2069

Bairro: UNIVERSITARIO

UF: PR

Município: CASCADEL

CEP: 85.819-110

Telefone: (45)3220-3092

E-mail: cep.prppg@unioeste.br

Anexo II

Comprovante de Submissão de Artigo

Gmail - [RIES] Agradecimento pela submissão

<https://mail.google.com/mail/u/0/?ik=df3aa66adb&view=pt&search=all>

Rosa Maria Rodrigues <rmrodri09@gmail.com>

[RIES] Agradecimento pela submissão

1 mensagem

Prof. Ricelli Endrigo Ruppel da Rocha <ries@uniarp.edu.br>
Para: Dr^a Rosa Maria Rodrigues <rmrodri09@gmail.com>

20 de maio de 2022 00:24

Dr^a Rosa Maria Rodrigues,

Agradecemos a submissão do trabalho "RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE DA FAMÍLIA: ESTRATÉGIA PARA IMPLEMENTAÇÃO DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA" para a revista Revista Interdisciplinar de Estudos em Saúde. Acompanhe o progresso da sua submissão por meio da interface de administração do sistema, disponível em:

URL da submissão: <https://periodicos.uniarp.edu.br/index.php/ries/authorDashboard/submission/2837>
Login: rosamaria

Em caso de dúvidas, entre em contato via e-mail.

Agradecemos mais uma vez considerar nossa revista como meio de compartilhar seu trabalho.

Prof. Ricelli Endrigo Ruppel da Rocha

Revista Interdisciplinar de Estudos em Saúde da

Uniarp <http://www.periodicosuniarp.com.br/ries>**PENSE BEM ANTES DE IMPRIMIR** Estamos em processo de adequação com à lei geral de proteção de dados - LGPD

Universidade Alto Vale do Rio do Peixe – UNIARP
Rua Victor Baptista Adami, 800 - Centro - Caçador/SC
Fone/Fax: (49)3561-6200 - e-mail: uniarp@uniarp.edu.br