

A EXPERIÊNCIA DA EDUCAÇÃO PERMANENTE NO TEMA DA VIOLÊNCIA COMO ESTRATÉGIA DE ATUAÇÃO PROFISSIONAL NA PERSPECTIVA DA GARANTIA DOS DIREITOS

Simone de Souza Pires

Resumo: O objetivo foi avaliar a Educação Permanente com profissionais da Atenção Primária em Saúde realizada por uma área na Cidade do Rio de Janeiro no ano de 2022, em exercício em unidades de saúde da família. Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa e qualitativa, onde realizou-se um questionário em relação ao conteúdo abordado e outro após um período de quatro meses para avaliação da utilização do conhecimento no trabalho. Como resultado inicial, observou-se uma grande satisfação dos profissionais em relação ao tema e uma carência desse tipo de atividade com profissionais. Foi possível ainda identificar que uma grande parte dos respondentes realizou alguma atividade relacionada ao tema da violência, evidenciando a importância da Educação Permanente na Atenção Primária em Saúde.

Palavras-chave: atenção primária à saúde; esf; violência; educação permanente.

Abstract: The objective was to evaluate continuing education with Primary Health Care professionals carried out by an area in the City of Rio de Janeiro in the year 2022. This is a quantitative and qualitative approach, where a questionnaire was carried out in relation to the content covered and another after a period of four months to evaluate the use of knowledge at work. As an initial result, there was great satisfaction among professionals regarding the topic and a lack of this type of activity with professionals. It was also possible to identify that a large proportion of respondents carried out some activity related to the topic of violence, highlighting the importance of Continuing Education in Primary Health Care.

Keywords: Primary Health Care; esf; violence; Permanent Education

INTRODUÇÃO

A Estratégia de Saúde da Família vem se configurando como a principal porta de entrada dos usuários do Sistema Único de Saúde desde a publicação da primeira Política Nacional de Atenção Básica em 2006, e enquanto componente de um sistema articulado em rede tem como pressuposto atuar na perspectiva de se constituir como ordenadora do cuidado em saúde da população.

Os pressupostos da Atenção Primária em saúde dimensionados por Starfield (ESCOREL, 2007, p. 165), orientam um modelo pautado em primeiro contato, longitudinalidade e abrangência do cuidado, coordenação e orientação familiar e às comunidades que busca romper com a noção de uma atenção de baixo custo e simplificada. Seus fundamentos e diretrizes

incluem trabalhar em um território adstrito levando em consideração todos os fatores condicionantes e determinantes da saúde e a realidade sanitária naquele espaço, para garantia do planejamento do desenvolvimento das ações. Como porta de entrada preferencial para a rede de serviços, se propõe a garantir o acesso universal e contínuo de qualidade e resolutivo através da proximidade, acolhimento, vinculação, responsabilização e resolutividade. Propõe-se a realizar a gestão do cuidado integral, trabalhando de forma multiprofissional e em equipe pressupondo o deslocamento do processo de trabalho centrado em procedimentos para o cuidado. Ainda deve promover o estímulo à participação dos usuários de forma a ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território (BRASIL, 2011).

A Política Nacional de Atenção Básica, que já se encontra na sua terceira versão (BRASIL, 2017), apesar de poder ser considerada um avanço, ao mesmo tempo que recupera os princípios e diretrizes do SUS e reafirma a necessidade de ampliação do acesso da população aos serviços de saúde num contexto neoliberal não consegue alterar na prática o modelo da atenção prestada à população, como aponta Pires e Göttems (2009, p. 295):

Entre programa de saúde pública e a estratégia de mudança, Saúde da Família segue os dilemas do SUS, qual seja, de pretender-se universal e igualitário, numa realidade neoliberal e com pouca cidadania organizada para exigir oportunidades de vida.

As autoras (apud) afirmam que as mudanças precisam tanto de normas, diretrizes e ordenações, quanto da negociação, flexibilidade, confronto e criatividade inerente às ações de organização e práticas nos serviços no sistema de saúde.

Nesse sentido, seguindo o direcionamento da política de recursos humanos no SUS, a PNAB (BRASIL, 2017) institui como parte da infraestrutura e funcionamento da Atenção Básica, a medida de Educação Permanente das equipes de Atenção Básica como ação que objetiva a reorientação do modelo de atenção à saúde no Brasil, devendo, a educação permanente ser constitutiva da qualificação das práticas de cuidado, gestão e participação popular, além de atuar como estratégia de gestão que ocorre na micropolítica do trabalho cotidiano.

A perspectiva da Educação Permanente se justifica devido a necessidade de criar condições para revisão de conhecimentos instituídos a partir da própria dinâmica dos serviços na busca da superação da fragmentação historicamente inerente ao processo de trabalho em saúde pautado no modelo biomédico.

A partir desta análise a Educação Permanente objetiva a transformação do processo de trabalho, voltada para melhoria da qualidade, bem como, da equidade no cuidado e no acesso aos serviços. Toma como base à reflexão sobre o que está ocorrendo e o que precisa ser transformado no contexto da atuação profissional, se estruturando a partir das necessidades do processo de trabalho e no processo crítico como inclusivo ao trabalho. Como destaca Ribeiro (1999:05)

ao tomar como objeto de transformação e de investigação o processo de trabalho a Educação Permanente não procura transformar todos os problemas educacionais, mas buscar as lacunas de conhecimento e as atitudes que são parte da estrutura explicativa dos problemas identificados na vida cotidiana dos serviços. Debruçar-se sobre os determinantes do problema significa abordar as múltiplas dimensões que o processo de trabalho envolve, incluindo questões relativas as esferas organizacional, técnica e humana

Desta forma, para além dos aspectos acerca da (re) organização do mundo do trabalho, um elemento importante para compreensão dos limites, possibilidades e dificuldades deste processo se refere às representações sociais sobre o trabalho. Este aspecto é relevante, pois as relações de trabalho, entendidas como relações sociais, congregam diferentes atores e intencionalidades, que se caracterizam por diferentes visões sobre o trabalho e, por conseguinte, em diferentes práticas. Transformá-las requer reconhecimento das diferenças e dos limites que impedem o desenvolvimento de mudanças. Sem esta compreensão:

corremos o risco de assumir uma proposta teórico-metodológica vinculada à educação permanente, mas que na prática, apenas renova os processos relacionados à educação continuada, que subestimam a dimensão da subjetividade e do conflito de interesses (RIBEIRO, 1999:09).

Assim, nesta perspectiva, identificar os problemas e se reconhecer neles, se constituem requisitos para aprendizagem. Nos últimos anos, a perspectiva da educação permanente se apresenta como demanda dos processos de municipalização e descentralização das políticas

públicas, na busca pela integralidade das ações; o que requer a ampliação da capacidade de decisão local e novas formas de relação com os usuários. Significa trabalhar com os profissionais a educação permanente, como parte do processo de gestão do trabalho coletivo nos serviços, cujos limites e possibilidades são definidos a partir de projetos políticos-institucionais.

Por isto, é importante demarcar que as discussões sobre práticas relacionadas a projetos de educação continuada e/ou permanente estão vinculadas ao contexto da gestão de Recursos Humanos e ao reordenamento social das profissões. Dar concretude a este entendimento tem sido um dos grandes desafios de muitas instâncias locais, o que se deve ao fato da gestão de Recursos Humanos ainda ser fortemente marcada pelo processo de administração de pessoal, sem repensar as possibilidades de reorganização das práticas. As exigências e desafios apresentados na atualidade requerem iniciativas profissionais em busca de resposta às demandas que emergem de diversas áreas, com destaque para a de Saúde, que enfrenta desafios em várias instâncias e níveis de intervenção, se constituindo um campo em permanente transformação.

Na Atenção Primária em Saúde essa iniciativa ganha destaque na medida que o modelo fragmentado, de caráter médico centrado e hospitalocêntrico vem sendo duramente criticado por não criar condições de promover efetivamente a prevenção ao risco de doenças e agravos, reduzindo sua eficácia e efetividade. Vale ainda ressaltar que tal modelo que se propõe a atuar de forma curativa e medicalizante por não possuir proximidade com a realidade social acaba por não ter intenção de modificá-la como proposta evidenciada com o novo conceito de saúde que implica a observância dos fatores determinantes e condicionantes do processo saúde-doença; como a alimentação, a moradia, o transporte, o lazer, o acesso a bens de consumo, entre outros; para além da doença restrita ao corpo biológico.

Assim, um pressuposto importante da educação permanente, de acordo com a PNAB (BRASIL, 2017) é o planejamento/programação educativa ascendente, que vai se basear na análise coletiva dos processos de trabalho, para daí se identificar nós críticos para serem enfrentados tanto no âmbito da atenção propriamente dita, quanto no da gestão. Tal análise pode contribuir na construção de estratégias que promovam o diálogo entre as políticas públicas

e a singularidade dos espaços cotidianos e seus sujeitos na perspectiva de transformação da realidade a partir destes elementos.

A violência como um tema que vem ganhando destaque no cenário nacional, sobretudo a partir das diversas interferências no processo de trabalho em Saúde da Família, seja no atendimento direto dessas expressões pelos profissionais, seja na dinâmica das comunidade onde estão localizadas as Unidades de Atenção Básica (UBS), se configura como tema de grande relevância para fazer parte do conjunto de temas para a Educação Permanente dos profissionais da Saúde da Família.

Em 2001 foi aprovada a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências que evidenciou a necessidade de se tratar o tema da violência como pauta importante para a Saúde Pública. O documento afirma que a violência deveria ser enfrentada por meio de estratégias de promoção da saúde e qualidade de vida com a Estratégia Saúde da Família (ESF) como porta de entrada principal para o desenvolvimento dessas ações.

Considerando tais questões, a escolha da pesquisa a fim de compreender os desdobramentos do processo de educação permanente com profissionais da Atenção Básica em saúde se justifica pela necessidade de reconhecer os desdobramentos possíveis e limites impostos no cotidiano das práticas sociais e pela necessidade de evidenciarmos as experiências de educação permanente no tema da violência na saúde da família que se configura na atualidade como modelo estratégico de referência para a população em geral e que possibilita a mudança efetiva de práticas em saúde.

Dessa forma, esta investigação teve como Objetivo Geral, identificar os impactos do processo de Educação Permanente com profissionais da Atenção Primária em Saúde que participam de treinamento para acompanhamento às violências em uma área programática da Cidade do Rio de Janeiro. Como objetivos específicos, foram elencados: analisar a satisfação dos participantes dos treinamentos para acompanhamento às violências em relação ao conteúdo tratado; identificar se o treinamento possibilitou o desenvolvimento de ações de multiplicação dos conteúdos problematizados na educação permanente nos diferentes espaços das unidades de atenção primária; identificar quais os espaços usados pelos profissionais para promover discussões acerca da violência.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Tendo como pressuposto a política de recursos humanos pautada pela Lei 8.080 de 1990, a Política Nacional de Atenção Básica (2017) e a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências de 2001, a Atenção Básica se configura como porta de entrada para a rede de atenção à saúde, devendo estar capacitada constantemente para o acolhimento às diversas demandas de agravos em saúde.

Seguindo a diretriz de regionalização e descentralização da Política de Saúde, a Cidade do Rio de Janeiro é dividida em 10 áreas programáticas como Coordenadorias Gerais de Atenção Primária¹ (CAP) que gerenciam as Clínicas da Família (CF), Centros Municipais de Saúde (CMS), e Policlínicas. A CAP é composta pelos seguintes setores: Divisão de Ações e Programas de Saúde (DAPS); Divisão de Vigilância em Saúde (DVS), Divisão de Informação, Controle e Avaliação (DICA); Divisão de infraestrutura e logística; Centro de Estudos; e Recursos Humanos.

Assim, estaremos realizando o estudo na CAP 3.1, a partir do trabalho desenvolvido pela DAPS e DVS no ano de 2022. Este setor é composto por uma equipe multidisciplinar a fim de realizar assessoria técnica aos profissionais de saúde que atuam nas diversas modalidades de

¹ Bairros das Coordenações de Atenção Primária: CAP 1.0: Gamboa, Santo Cristo, Caju, Centro, Catumbi, Rio Comprido, Cidade Nova, Estácio, Imperial de São Cristóvão, Mangueira, Benfica, Vasco da Gama, Paquetá, Santa Teresa, CAP 2.1: Flamengo, Glória, Laranjeiras, Catete, Cosme Velho, Botafogo, Humaitá, Urca, Leme, Copacabana, Ipanema, Leblon, Lagoa, Jardim Botânico, Gávea, Vidigal, São Conrado, Rocinha, CAP 2.2: Praça da Bandeira, Tijuca, Alto da Boa Vista, Maracanã, Vila Isabel, Andaraí, Grajaú, CAP 3.1: Manguinhos, Bonsucesso, Ramos, Olaria, Penha, Penha Circular, Brás de Pina, Cordovil, Parada de Lucas, Vigário Geral, Jardim América, Ribeira, Zumbi, Cacuia, Pitangueiras, Praia da Bandeira, Cocotá, Bancários, Freguesia, Jardim Guanabara, Jardim Carioca, Tauá, Moneró, Portuguesa, Galeão, Cidade Universitária, Jacarezinho, Complexo do Alemão, Maré, CAP 3.2: Higienópolis, Maria da Graça, Del Castilho, Inhaúma, Engenho da Rainha, Tomás Coelho, Jacaré, São Francisco Xavier, Rocha, Riachuelo, Sampaio, Engenho Novo, Lins de Vasconcelos, Méier, Todos os Santos, Cachambi, Engenho de Dentro, Água Santa, Encantado, Piedade, Abolição, Pilares, CAP 3.3: Vila Cosmos, Vicente de Carvalho, Vila da Penha, Vista Alegre, Irajá, Colégio, Campinho, Quintino Bocaiúva, Cavalcanti, Engenheiro Leal, Cascadura, Madureira, Vaz Lobo, Turiaçu, Rocha Miranda, Honório Gurgel, Oswaldo Cruz, Bento Ribeiro, Marechal Hermes, Guadalupe, Anchieta, Parque Anchieta, Ricardo de Albuquerque, Coelho Neto, Acari, Barros Filho, Costa Barros, Pavuna, Parque Colúmbia, CAP 4.0: Jacarepaguá, Anil, Gardênia Azul, Curicica, Freguesia (Jacarepaguá), Pechincha, Taquara, Tanque, Praça Seca, Vila Valqueire, Joá, Itanhangá, Barra da Tijuca, Camorim, Vargem Pequena, Vargem Grande, Recreio dos Bandeirantes, Grumari, Cidade de Deus, CAP 5.1: Padre Miguel, Bangu, Senador Camará, Gericinó, Deodoro, Vila Militar, Campo dos Afonsos, Jardim Sulacap, Magalhães Bastos, Realengo, CAP 5.2: Santíssimo, Campo Grande, Senador Vasconcelos, Inhoaíba, Cosmos, CAP 5.3: Paciência, Santa Cruz, Sepetiba, Guaratiba, Barra de Guaratiba, Pedra de Guaratiba. (Fonte: Divisão administrativa geral do município do Rio de Janeiro – 2007 – IPP).

serviços de Atenção Primária para o acompanhamento, monitoramento, avaliação e planejamento das ações em saúde, especialmente com ações de visitas técnicas, capacitações, treinamentos em serviços.

Assim, mediante a assessoria técnica aos profissionais que atuam no acompanhamento das violências, houve necessidade de realização de treinamentos com equipes de médicos, enfermeiros e outros profissionais de nível superior. Foi planejado um treinamento de 8 horas com conteúdo teórico a respeito das políticas orientadoras do processo de trabalho em saúde e do atendimento à Linha de cuidado da violência e Ficha SINAN. Foi previsto a realização de 3 turmas com participação das diversas categorias profissionais da área da saúde. Houve divulgação e os gerentes ou diretores das unidades acordaram a participação dos profissionais de forma a não prejudicar o funcionamento das unidades e feito um formulário de inscrição pelo GoogleDocs.

Para estabelecer novas sínteses e contribuições no plano do conhecimento e da realidade histórica, desvendando novas demandas apresentadas pelas reconfigurações do mundo do trabalho, que impactam no cotidiano da atuação de um conjunto diverso de profissionais, cujas práticas e representações integram o contexto das relações sociais, iniciou-se um processo de uma pesquisa exploratória e analítica a partir de um questionário de satisfação em relação ao conteúdo ministrado no “Treinamento em atenção às violências na APS”. Após um período de 4 meses foi enviado aos profissionais um formulário GoogleDocs para avaliação pós-treinamento a fim de evidenciar o impacto no processo de trabalho dos profissionais que participaram do treinamento e poderiam atuar como multiplicadores. O resultado dos questionários foram inserido em uma planilha do Excell 2007 e analisados após aplicação de filtros. Tanto o questionário aplicado no dia do treinamento, como o enviado on-line não são identificados a fim de garantir que o entrevistado possa se expressar livremente em sua avaliação.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O “Treinamento em atenção às violências na APS” contou com a inscrição de 104 profissionais de nível superior da área da saúde divididos em 3 turmas diferentes e 73 concluíram e receberam o certificado do curso. Mais da metade dos participantes eram profissionais em formação, onde 26,9% eram participantes do Programa de Residência Multiprofissional da Escola Nacional de Saúde Pública que se encontravam realizando a residência nas Unidades do território; 15,4% Residentes de Enfermagem e 14,4% da Residência Médica da SMS. Dos 73 participantes, 66 responderam ao questionário de avaliação do treinamento, tendo em vista que o questionário foi aplicado ao final do dia e alguns profissionais não permaneceram.

Em relação à participação pessoal nas atividades propostas, 83,3% consideraram sua participação satisfatória, enquanto 16,7% afirmaram que precisam melhorar. 98,5% consideraram a atuação dos facilitadores satisfatória; enquanto 70,8% consideraram que os facilitadores tinham muito conhecimento da metodologia de trabalho e 29,2 % consideraram que os facilitadores possuíam um conhecimento satisfatório. Nenhum dos participantes avaliaram que os facilitadores possuíam pouco ou nenhum conhecimento.

No que se refere à interação dos facilitadores com o grupo, 98,5% consideraram que foi satisfatória e o conteúdo do curso foi considerado 93,9% satisfatório. 98,5% dos participantes avaliaram que o conteúdo tratado no curso se aplica ao cotidiano de trabalho e 97% consideraram que os temas contribuíram para a capacitação crítica e reflexiva.

Consideramos que no geral, a avaliação do treinamento foi muito acima das expectativas e as sugestões de tema foram direcionadas para formas de abordagem, tais como, no tema da “educação de gênero”, “população LGBT”, “violência sexual em crianças”, “atendimento à usuários de álcool e drogas”, “usuários em situação de rua”, “política de redução de danos”, “recorte étnico-racial”, etc. Ainda houveram sugestões de temas como a forma de utilização da rede intersetorial. Alguns sugeriram incluir a equipe mínima das unidades para participação do treinamento.

Os comentários abertos reforçaram os dados quantitativos em relação à satisfação, demonstrando que o conteúdo do treinamento é pouco debatido no âmbito da Atenção Básica e evidenciando a necessidade de trabalhar o tema, como: *“achei o espaço de troca muito rico, para além do conteúdo programado. Muito interessante espaços como esse para fomentar debates entre os profissionais, aproximar vínculos e fortalecer rede”*; *“abriu a visão do profissional em relação a violência real nos territórios e como podemos trabalhar em cima dos fatos com propriedade”*; *“Grata pelo aprendizado, ótimo tema que é pouco discutido nas unidades de saúde”*; *“Considerarei a oficina muito importante, considerando que a temática perpassa o dia-a-dia na saúde e muitas vezes os profissionais não sabem como conduzir os casos e notificações”*.

Após 4 meses do término do Treinamento, foi disponibilizado o questionário de preenchimento online para os participantes com o objetivo de avaliar o êxito do treinamento para formar multiplicadores e avaliar se estes conseguiram atuar da forma planejada. O questionário era composto por apenas 5 questões, sendo que uma de identificação profissional.

Apesar dos esforços, foi obtido apenas 22 (vinte e duas) respostas. Dos que responderam, eram 4 preceptores, 4 residentes multiprofissionais, 4 assistentes sociais NASF, 3 educadores físicos, 2 residentes de enfermagem, 1 residente de medicina, 1 psicólogo NASF, 1 nutricionista NASF, 1 terapeuta ocupacional NASF e 1 fisioterapeuta NASF.

À pergunta “o Treinamento foi útil na sua atuação como profissional na unidade em que você atua?” vinte e uma (95,5%) pessoas responderam que sim. Entre as justificativas, destacamos três eixos: ampliação da visão, do olhar crítico e do conhecimento sobre as situações de violência, importância e correto preenchimento da notificação e instrumentalização do cuidado. A resposta que identificamos como negativa em relação a utilidade do treinamento justificou que *“o treinamento tem uma abordagem muito reducionista das questões enfrentadas pelos usuários e culpabilizante em alguns aspectos”*. Esta resposta causou indagação ao grupo que preparou a oficina, uma vez que a equipe possui uma preocupação central em explicitar o fenômeno da violência como algo complexo e multifacetado, assim como as práticas em saúde são permeadas por contradições pertinentes às políticas públicas que apresentam limites e possibilidades. Também se procura refletir nos treinamentos que a maioria dos casos de violência intrafamiliar perpassa uma questão de vínculo afetivo e que em muitos dos casos existe

uma necessidade de cuidado tanto com a vítima, quanto com o provável autor da agressão no sentido de garantir muito mais voltada para uma reflexão acerca da situação vivenciada do que de um rompimento do vínculo afetivo como expressão do rompimento do vínculo da violência. Entendemos que em muitos casos o rompimento do vínculo não encerra o rompimento da violência.

O próximo questionamento era “você conseguiu ser agente multiplicador na unidade em que você atua?”, cujas respostas foram exatamente 50% “sim” e 50% “não”. Dentre as justificativas às respostas positivas identificamos os seguintes argumentos: *“atuando como preceptor da residência”, “consegui [...] como residente trazer esse debate para reunião de equipe e esclarecer os pontos da ficha de notificação”, “realizamos reuniões de matriciamento e sempre que uma situação de violência aparece podemos realizar discussões e educação permanente”, etc.*

Os que responderam negativamente explicaram que não tiveram a oportunidade, que o período foi tumultuado, que há muita demanda para a equipe, e até que outros profissionais estariam mais diretamente envolvidos com a questão. Esta última resposta sugere uma não responsabilização do indivíduo. Outras justificativas foram: *“é uma tendência da equipe buscar pelas assistentes sociais”; “foi acordado que multiplicaríamos o treinamento [...] porém a data foi desmarcada algumas vezes e não conseguimos multiplicar até o momento”; “para poder ser agente multiplicador, considero que o espaço de formação precisa ser pensado com maior carga horário e com outro nível de aprofundamento tanto teórico quanto do conhecimento da rede”*. Além disso, algumas pessoas compartilharam seu desejo de ter discutido a questão com outros trabalhadores, mas não conseguiram por falta de tempo e espaço.

A penúltima pergunta era referente ao material disponibilizado no treinamento e seu uso na unidade atuante. 54,5% dos participantes referiram que utilizaram o material e 45,5% afirmaram que não.

O último questionamento foi no sentido de conhecer as atividades desenvolvidas no tema da violência na unidade em que você atua. Para essa pergunta houve 15 (quinze) respostas, mas apenas 13 (treze) referiram algum tipo de atividade desenvolvida, dentre elas:

- *“Ação em saúde no território. Violência contra a mulher. O público, em sua grande maioria, foram os alunos do programa academia carioca e familiar”;*

- *“Fiz uma caminhada da violência contra a mulher. A atividade consistia numa caminhada e conseqüente roda de conversa onde era explanado o tema violência”;*
- *“Oficina sobre violência no território e quais as possíveis soluções. Público alvo: ACS”;*
- *“Interconsulta e sala de espera, público mulher já vítimas e mulher em idade fértil”;*
- *“Tenho organizado atividades como parte do trabalho do NASF para discutir violência com a residência de enfermagem, porém, antes deste espaço de formação. Considero que as futuras capacitações podem trabalhar as estratégias possíveis para multiplicar”;*
- *“Com a terceira idade eu realizei rodas de conversa explicitarei diversos temas relacionados à violência”;*
- *“Educação permanente no cotidiano do serviço, em reuniões de matriciamento, atuação na preceptoría, reunião de equipe, rodas de conversa etc”.*

Apesar de identificarmos que apenas 33,3% dos participantes do treinamento terem respondido ao questionário pós, a avaliação foi muito positiva, tendo em vista que não é comum encontrar um processo sistemático de avaliação de ações de Educação Permanente realizada com profissionais da área da saúde, apesar de sua relevância para a mudança do modelo de atenção à saúde, historicamente centrado na concepção da doença. A maioria das repostas do questionário pós-treinamento foi enviada por profissionais da rede – 68,18% dos respondentes eram profissionais, enquanto 31,82% eram residentes em formação nas unidades – o que nos sinaliza um compromisso com o retorno desse momento formativo com aqueles que permanecem no serviço. Vale lembrar que os residentes foram a maioria dos participantes do treinamento.

O retorno em relação ao desenvolvimento do papel de agente multiplicador e de atividades relacionadas ao tema da violência no âmbito dos serviços também expressa um movimento interessante no sentido de disseminar informações, uma vez que o período de realização do treinamento e do questionário pós-treinamento foi marcado por atrasos no pagamento dos profissionais, greves, insuficiência de material de trabalho, entre outros entraves. Foi possível identificar que mais da metade dos profissionais que responderam ao questionário pós-treinamento conseguiu articular conteúdo do treinamento no cotidiano dos serviços.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Educação Permanente apresenta uma reflexão necessária na atualidade, uma vez que objetiva a transformação do processo de trabalho, especialmente na área da saúde que historicamente tem sido marcada por práticas engessadas, fragmentadas e acrílicas aos processos sociais. A ideia do desenvolvimento dessas atividades formativa-reflexivas pode contribuir para o desenvolvimento de ações voltadas para melhoria da qualidade, bem como, da equidade no cuidado e no acesso aos serviços.

A violência como importante agravamento às condições de saúde dos sujeitos atendidos nas unidades de Atenção Primária, hoje considerada como porta de entrada da rede de atenção à Saúde, se configura como um tema ainda pouco aprofundado no cotidiano dos serviços. Daí a necessidade de se explorar o tema e produzir a capacidade crítica dos profissionais para lidarem com essa questão que não apresenta uma forma protocolar de ação.

Esse trabalho evidencia a necessidade de se identificar as necessidades dos profissionais que lidam com o atendimento de demandas no cotidiano a fim de prepará-los para uma série de ações que permeiam esse cenário. Também fica posto que o desenvolvimento de ações de educação permanente reflete sobremaneira no cotidiano dos serviços uma vez que foi possível observar o desenvolvimento de atividades como desdobramento do processo realizado no treinamento.

Assim, a avaliação das ações de Educação Permanente com profissionais, pode se configurar como elementos chave para o planejamento de atividades no âmbito da gestão, a partir das necessidades dos serviços tendo em vista a realidade de cada território, no sentido de transformação da dinâmica social.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. **PORTARIA Nº 2.436**, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 2.488**, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica /

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. **Política Nacional da Redução da Morbimortalidade por acidentes e violências**: Portaria MS/GM n.º 737 de 16/05/01, publicada no DOU n.º 96 seção 1E de 18/05/01 / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. – 2ª Ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005. 64 p. – (Série E. Legislação de Saúde). ESCOREL, Sarah [et al.]. **O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil**. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 21, 2007

PIRES, Maria Raquel Gomes Maia; GÖTTEMS, Leila Bernardo Donato. Análise da gestão do cuidado no Programa de Saúde da Família: referencial teórico-metodológico. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília 2009 mar-abril; 62(2): 294-9.

PIRES, Simone de Souza. **A política de saúde em tempo de capital de fetiche**: um estudo sobre a implantação das Clínicas da Família na cidade do Rio de Janeiro e a mudança no modelo de atenção primária no contexto de privatização da saúde /Simone de Souza Pires. – 2014. 130 f. Mimeo

RIBEIRO, Eliana C. O. e MOTTA, José I. J. Educação Permanente como estratégia de reorganização dos serviços de saúde. In: **Revista Olho Mágico**. Ano 05. UEL. Novembro de 1999.