

Secretaria de  
Saúde



GOVERNO DO ESTADO  
**PERNAMBUCO**  
MAIS TRABALHO, MAIS FUTURO.



**SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO**  
**ESCOLA DE GOVERNO EM SAÚDE PÚBLICA DE PERNAMBUCO**  
**RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA COM ÊNFASE**  
**EM GESTÃO DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE**

**ANDRESA LIRA SILVA**

**A POTENCIALIDADE DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NA GESTÃO DA**  
**ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE**

**SERRA TALHADA- PE**

**2020**

**ANDRESA LIRA SILVA**

**A POTENCIALIDADE DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NA GESTÃO DA  
ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva com Ênfase em Gestão de Redes de Atenção a Saúde apresentado a Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco como requisito parcial para obtenção do título de especialista.

**Orientadora:** Juliana Siqueira Santos

SERRA TALHADA

2020

**FOLHA DE ROSTO**  
REVISTA SAÚDE EM REDES

Artigo original

A POTENCIALIDADE DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NA GESTÃO DA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE

THE POTENTIALITY OF PERMANENT HEALTH EDUCATION IN THE MANAGEMENT OF BASIC HEALTH CARE

Andresa Lira Silva

Residência multiprofissional em Saúde Coletiva com ênfase em gestão de Redes de atenção à Saúde, Escola de Governo em Saúde Pública (ESPPE), Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, Pernambuco, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-9565-5100>.

Juliana Siqueira Santos

Doutoranda do Programa de Saúde Pública no Instituto Aggeu Magalhães-FIOCRUZ Pernambuco, Recife, Brasil; Diretora Geral de Educação na Saúde na Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, Recife, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-4784-5639>.

Autor para correspondência: Andresa Lira Silva – Rua Quirino Cordeiro Magalhães, 1240, AABB, Serra Talhada-PE. Telefone (81)99640-4527, E-mail: andresalira5@gmail.com.  
Páginas: resumo: 1 texto: 18.

Manuscrito redigido com base no trabalho de conclusão de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva com Ênfase em Gestão de Redes de Atenção a Saúde, da Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco, Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco. De autoria de Andresa Lira Silva, com título A POTENCIALIDADE DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NA GESTÃO DA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE.

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Nelson Chaves (ESPPE), com os dados fornecidos pelo autor.  
Bibliotecária Responsável: Anefátima Figueiredo – CRB-4/P-1488

S586p Silva, Andresa Lira.

A potencialidade da educação permanente em saúde na gestão da atenção básica em saúde. Serra Talhada-PE, 2020.  
29 fls.

Orientador (a): Ms. Juliana Siqueira Santos.  
Artigo - TCC (Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva com Ênfase em Gestão de Redes de Atenção à Saúde da Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco)  
– ESPPE.

1. Educação em Saúde. 2. Educação Permanente. 3. Saúde Coletiva  
4. Atenção Básica. I. Título.

ESPPE / BNC

CDU –37:614 (813.4)

## **Resumo**

**Objetivo:** Analisar o papel da educação permanente em saúde enquanto estratégia de gestão no espaço colegiado da atenção básica no âmbito regional. **Métodos:** Estudo descritivo com abordagem qualitativa, apoiado nos conceitos de Educação Permanente em Saúde e na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista semiestruturada, seguida por identificação das categorias a serem discutidas através da análise de conteúdo. **Resultados:** A partir da análise, as seguintes categorias de análise foram definidas: Concepções sobre Educação Permanente em Saúde; Ações de Educação Permanente em Saúde realizadas; Processo de trabalho e Educação Permanente e Dificuldades e Potencialidades da Educação Permanente em Saúde. Uma imprecisão entre conceitos de educação permanente e educação continuada permeia os resultados encontrados, a inserção do profissional em capacitações e atualizações distantes do cotidiano do serviço são colocadas como a oferta de educação permanente pela gestão, além de uma centralização na determinação de temas a serem trabalhados na atenção básica. **Conclusão:** A forma como os gestores entendem a educação permanente tem forte influência na condução desta no município, havendo ainda pouca atuação concreta sob a orientação dessa metodologia. O processo de implementação da Política de Educação Permanente em Saúde nos municípios auxiliaria na resolução de entraves encontrados pela gestão da atenção básica, favorecendo a qualificação adequada dos profissionais de saúde e do serviço.

**Palavras-chave:** Regionalização; Educação Permanente em Saúde; Atenção Básica

## **Abstract**

**Objective:** To analyze the role of permanent health education as a management strategy in the collegiate space of primary care at the regional level. **Methods:** Descriptive study with a qualitative approach, supported by the concepts of Permanent Education in Health and the National Policy of Permanent Education in Health. Data collection was performed through semi-structured interviews, followed by identification of the categories to be discussed through the analysis of content. **Results:** From the analysis, the following categories of analysis are defined: Conceptions about Permanent Education in Health; Permanent Health Education actions carried out; Work process and Permanent Education and Difficulties and Potentialities of Permanent Education in Health. An inaccuracy between concepts of permanent education and continuing education permeates the results found, the insertion of professionals in training and updates that are distant from the daily service are placed as the offer of services. permanent education by management, in addition to centralizing the determination of topics to be worked on in primary care. **Conclusion:** The way managers understand permanent education has a strong influence on how to conduct it in the city, with little concrete action under the guidance of this methodology. The process of implementing the Permanent Health Education Policy in the municipalities would assist in solving obstacles encountered by the management of primary care, favoring the adequate qualification of health professionals and the service.

**Keywords:** Regionalization; Permanent Health Education; Primary Care

## INTRODUÇÃO

A educação permanente em saúde (EPS), vertente pedagógica que se propõe a colocar o cotidiano do trabalho em saúde em análise, que permeia relações concretas e atinge realidades, possibilitando construir espaços coletivos para a reflexão e avaliação de sentido dos atos produzidos no cotidiano, foi instituída no Sistema Único de Saúde (SUS) no ano de 2004 pela portaria MS/GM nº 198<sup>1</sup>.

É fruto do movimento sanitário e suas inquietações sobre o modelo de assistência vigente, onde a lógica flexneriana embasava toda rede de cuidados, estando distante da realidade do território, do serviço e das reais necessidades da população. A educação permanente em saúde constitui um modelo que se opõe à educação tradicional, cuja metodologia educacional é conhecida como “bancária”, onde os conhecimentos são “depositados” nos alunos, numa perspectiva hierárquica na qual existe apenas uma pessoa detentora dos conhecimentos, que depois irá sacá-los como forma de avaliar o aprendizado, o que é conhecido como aprendizado não significativo<sup>2</sup>.

Ceccim<sup>1</sup> traz que:

“Educação Permanente em Saúde, ao mesmo tempo em que disputa pela atualização cotidiana das práticas segundo os mais recentes aportes teóricos, metodológicos, científicos e tecnológicos disponíveis, insere-se em uma necessária construção de relações e processos que vão do interior das equipes em atuação conjunta, – implicando seus agentes –, às práticas organizacionais, – implicando a instituição e/ou o setor da saúde –, e às práticas interinstitucionais e/ou intersetoriais, – implicando as políticas nas quais se inscrevem os atos de saúde.”

A Política de Educação Permanente em Saúde traz o conceito de ‘quadrilátero da formação’, cunhado para representar um novo arranjo de atores relevantes nas definições de estratégias para a educação na saúde, procura reunir ensino, atenção, gestão e controle social em saúde. Esse conceito é resultante do processo de reflexão e construção de inovações para uma política nacional de formação e desenvolvimento de profissionais de saúde com caráter de educação permanente, isto é, uma gestão da formação integrante do cotidiano do Sistema de Saúde<sup>3</sup>.

Enquanto política se propõe a considerar as especificidades locais, a superação das desigualdades regionais, as necessidades de formação e desenvolvimento para o trabalho em saúde e a capacidade já instalada de oferta institucional de ações formais de educação na saúde, a fim de garantir ações e serviços que estejam realmente aptos

a ofertar saúde da melhor qualidade e gestão social sobre as políticas públicas de saúde<sup>4</sup>.

A implantação desta Política implica em trabalho intersetorial capaz de articular o desenvolvimento individual e institucional, ações e serviços e gestão setorial, e atenção à saúde e controle social, desafiando os que a ela estão sujeitos a romper com a lógica tecnicista e individualista do trabalho, caminhando para um conceito mais holístico do processo de condução e ressignificação das atividades nos setores<sup>5</sup>.

O que se contrapõe ao modelo de qualificações, lógica baseada ainda no modelo bancário, situações em que os trabalhadores são convocados a participarem de cursos e treinamentos cujos conteúdos são impostos pelos gestores que acabam tornando estas experiências um fracasso, pois além de não haver relação com as demandas reais do trabalho, não caracterizam uma aprendizagem significativa. Além disto, processos de formação de cima para baixo, ou seja, impostos pelos gestores podem estar à serviço da implantação de programas e projetos que fogem ao escopo do desenho organizacional da própria política<sup>5</sup>.

É neste sentido que a educação permanente em saúde carrega em sua concepção a dimensão ética e política que está no compromisso com as situações de trabalho que exigem um repensar e um refazer cotidiano, para darmos conta da defesa intransigente dos direitos sociais materializados pelas políticas sociais. Os modelos tradicionais de organizar o trabalho são pouco flexíveis e carentes de atenção aos aspectos subjetivos, territoriais e contextuais, e seu engessamento dificulta sua otimização<sup>6</sup>.

Credita-se à EPS, com sua lógica descentralizadora, ascendente, transdisciplinar e dado seu caráter flexível, ativo, o favorecimento da capacidade de aprendizagem e enfrentamento criativo, cooperando com o desenvolvimento de competências, bem como a modificação do meio no sentido da democratização institucional<sup>7</sup>.

Ao modificar-se a maneira de lidar com o trabalho, ela propõe o envolvimento da equipe, para que esta atue, colabore e se responsabilize pelos entraves ali presentes. Nesta problematização, todos são aprendizes e sujeitos criando possibilidades para nova conformação das relações de poder no grupo. A perspectiva colocada é a de que os distintos atores possam ser ativos nas cenas de formação e trabalho, e que os eventos

possam produzir diferença, afetando, modificando, produzindo abalos no ser sujeito, colocando este coletivo em permanente produção, operacionalizando, portanto, a aprendizagem significativa<sup>8</sup>.

A reflexão sobre o processo de trabalho em saúde produzida de modo dialógico, coletivo e inclusivo, é pressuposto para a possibilidade de transformação da realidade. Nesse contexto, os gestores assumem importante papel, de modo a fomentar e (re)significar as práticas e teorias relacionadas à organização do trabalho e educação. Isso ocorre por meio de intervenções junto aos trabalhadores que levam em consideração as experiências e problemas identificados no cotidiano laboral.

Dentre os espaços de gestão, os colegiados, locais onde a própria política de educação permanente em saúde, em sua revisão<sup>4</sup>, traz como pontos potentes de intervenções, são estratégicos para se olhar as demandas do território, com foco na regionalização. O colegiado de atenção básica regional, por seu impacto no cotidiano e já ter na sua política de atuação preceitos que confluem com os da EPS, é solo fértil para ações da mesma.

Na terceira macrorregião, localizada no sertão de Pernambuco, a XI região de saúde, composta por dez municípios, é caracterizada por uma estrutura de atenção básica com sessenta e sete equipes de saúde da família que cobre 91% da população. Dessa forma, a educação permanente em saúde constitui-se importante estratégia para qualificação dos gestores da atenção básica e de sua atuação em colegiados.

Dentre os colegiados regionais têm-se no Colegiado de Atenção Básica um campo de grande potencialidade para ações de educação permanente, tendo em vista a sua disseminação no território e por ser uma estratégia de reorganização do primeiro nível, a fim de garantir a atenção integral à saúde das pessoas<sup>9</sup>.

A gestão da Atenção Básica é complexa, cabendo a ela o domínio de conteúdos de gestão, bem como dos aspectos específicos do setor saúde, sugerindo que seus profissionais desenvolvam competências singulares. Porém, estudos revelam uma grande heterogeneidade entre os gestores municipais predominando, uma baixa capacidade para formular, programar e avaliar políticas municipais de saúde<sup>10</sup>. Percebe-se que os gestores de serviços de saúde não possuem formação técnica apropriada para tal posição,

tampouco visão holística sobre a gestão em saúde, reforçando o despreparo para assumir este cargo<sup>11</sup>.

Ressalta-se nesse cenário, a necessidade de inserção de ações de educação permanente em saúde na pauta das reuniões do colegiado, a fim de garantir uma qualificação aos gestores a partir das demandas que emergem do território, e, a partir do seu local estratégico na gestão municipal, qualificar a atuação enquanto agentes multiplicadores para os demais profissionais da região.

Observando o território ao qual está inserida a XI Gerência Regional de Saúde (GERES), as demandas de qualificação dos gestores e a necessidade de fortalecimento da atenção básica foi iniciado, no colegiado regional de atenção básica, uma intervenção, em formato de oficinas, de educação permanente em saúde durante as reuniões, que acontecem mensalmente, conduzido pela gestão estadual por meio da XI GERES, com o objetivo de possibilitar que os coordenadores municipais de atenção básica se tornem sujeitos e multiplicadores do processo.

Diante do exposto, o presente artigo tem como objetivo analisar o papel da educação permanente em saúde enquanto estratégia de gestão no espaço colegiado da atenção básica no âmbito da XI região de saúde do estado de Pernambuco.

## **MÉTODOS**

Trata-se de estudo de caráter descritivo e abordagem qualitativa, apoiado nos conceitos de EPS e na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. A abordagem qualitativa se justifica pela presença de questões e fenômenos particulares que não podem ser conduzidos a quantificação, diante de sua profundidade<sup>12</sup>. Revela caráter exploratório e descritivo, visto a realização de entrevistas com pessoas que têm contato e experiência direta com a problemática analisada<sup>13</sup>.

A pesquisa foi desenvolvida na XI região de saúde do estado de Pernambuco. Localizada no Sertão do Pajeú, a região tem aproximadamente uma população de 234.379 habitantes e é composta por dez municípios (Betânia, Calumbi, Carnaubeira da Penha, Flores, Floresta, Itacuruba, Santa Cruz da Baixa Verde, São José do Belmonte, Serra Talhada, Triunfo). Os sujeitos da pesquisa são os coordenadores municipais de atenção básica dos dez municípios que integram o colegiado regional da atenção básica.

Para a coleta de dados foi utilizada uma entrevista semiestruturada com perguntas

norteadoras, a fim de garantir liberdade ao entrevistado de expressar. As questões tratam das suas percepções sobre EPS e como eles estão pautando ou não sua atuação enquanto coordenador da atenção básica, assim como quais ações eles julgam poder desenvolver no município. Tal entrevista foi realizada de forma individual, anônima e perante concordância em participar da pesquisa.

Para análise dos dados recorreu-se a análise de conteúdo, que se utiliza de procedimentos objetivos e sistemáticos, para descrição e compreensão das mensagens. O método vai se organizar em três fases, sendo elas a pré-análise que diz respeito ao primeiro contato e a organização do material coletado, e uma sistematização das ideias iniciais, a segunda fase, é a de exploração, que visa explorar o material coletado e se utiliza de elementos de codificação, classificação e categorização e a terceira e última fase, a de tratamento, inferência e interpretação que vai culminar em uma análise crítica e reflexiva do conteúdo coletado<sup>14</sup>.

A opção pela análise categorial se respalda no fato de que é a melhor alternativa quando se quer estudar valores, opiniões, atitudes e crenças, através de dados qualitativos. Portanto, a interpretação dos dados se dará pelo método análise de conteúdo, respaldada pelas observações in loco.

A pesquisa foi norteada pela Resolução 466/12 e 510/2016 do Conselho Nacional Conselho de Saúde (CNS), valendo-se de princípios éticos como: não malefício, beneficência, sigilo, autonomia e respeito. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob número de parecer 3.836.236.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Os dados primários foram produzidos por meio de entrevista semiestruturada junto às Coordenadoras Municipais da Atenção Básica, conjunto de dez gestoras, três não participaram da pesquisa, por ausência de autorização por parte da secretaria municipal de saúde, totalizando, assim, sete entrevistas. Para este conjunto de entrevistadas foi utilizado um roteiro que, além da identificação do gestor (idade, formação, tempo na função), se voltou para aspectos relativos à compreensão da educação permanente em saúde, na implicação no processo de trabalho da Atenção Básica, ações propostas e formas de implantar a Política de Educação Permanente em Saúde no município. As entrevistas foram realizadas nas

dependências da XI GERES, sendo gravadas digitalmente após consentimento dos sujeitos e, posteriormente transcritas para análise.

No que tange a descrição do grupo de entrevistadas, todas são do sexo feminino, com idades entre 26 e 38 anos, enfermeiras, especializadas em obstetrícia, saúde mental e apenas uma em saúde pública. O tempo médio na gestão foi de 6 anos, tendo, a maioria delas experiências anteriores em unidade básica de saúde (UBS), hospitais e policlínicas e apenas uma não tem experiências anteriores à gestão. O papel do gestor é estratégico e sua formação impacta na forma como atua e enxerga o Sistema Único de Saúde (SUS) e as políticas que o compõe, sendo de grande ganho à região, gestores que estejam ambientados com a temática da saúde, realidade não encontrada em todo o país<sup>15</sup>.

Foram elencadas as seguintes categorias de análise: Concepções sobre Educação Permanente em Saúde; Ações de Educação Permanente em Saúde realizadas; Processo de trabalho e Educação Permanente e Dificuldades e Potencialidades da Educação Permanente em Saúde, que serão discutidas nos próximos tópicos.

### **Concepções sobre Educação Permanente em Saúde**

As percepções das gestoras sobre Educação Permanente em saúde se complementam, trazendo uma visão coletiva que liga a ideia de EPS a atualizações constantes. Por meio da entrevista, foi possível identificar que a maioria das participantes da pesquisa denotam uma noção de EPS atrelada aos fundamentos da Educação Continuada e muitas vezes, associam a palavra permanente com a ideia de continuidade no tempo, relatando que:

“Todo o processo de ensino e aprendizagem com os profissionais de saúde em serviço, de forma contínua e de troca de experiências entre os profissionais.” (GESTORA 3)

Em Motta<sup>16</sup>, é relatado que a ideia de processos educacionais, enquanto situação contínua ou permanente, é muito presente em toda história da humanidade, entretanto, apenas no início do século XX é que oficialmente programas de educação continuada foram organizados, surgido o reconhecimento da necessidade de se fixar esses tipos de ações. Porém as dificuldades de se implementar programas, que de fato, dêem suporte às necessidades de qualificação apontadas no trabalho, tornavam-se cada vez mais evidentes.

Segundo Motta<sup>16</sup>, parte dessa dificuldade deve ser analisada por origens diferentes, cuja consideração envolverá mecanismos conceituais, que trazem a urgência de compreensão de ideias e possíveis distinções entre os termos Educação Continuada e EPS, essas são vertentes metodológicas que versam sobre a importância de disseminar a informação.

Entretanto a EPS dialoga sobre os problemas no cotidiano do trabalho e as possibilidades de enfrentamento, assim como os mecanismos contextuais, no qual refere-se à necessidade de atentar aos atuais contextos em que se configura a organização do trabalho e as novas competências profissionais

A EPS como ato político de defesa do trabalho no SUS decorre da disputa ideológica para que o setor da saúde corresponda às necessidades da população, conquiste a adesão dos trabalhadores, constitua processos vivos de gestão participativa e transformadora e seduza docentes, estudantes e pesquisadores à mais vigorosa implementação do SUS<sup>17</sup>.

Essa noção de aprendizado contínuo verificado nas falas dos sujeitos, é descrito por Salum e Prado<sup>18</sup>, como um pensamento que envolve a educação continuada, cujo entendimento âncora em um conjunto de práticas educativas contínuas, voltadas ao desenvolvimento de potencialidades, com intuito de promover transformações de atitudes e comportamentos nas áreas cognitiva, afetiva e psicomotora do ser humano, na perspectiva de estabelecer mudanças nos modos de produção das práticas.

Ainda sobre o aprender, os gestores apontam a “busca” dos processos de formação como uma garantia de qualidade do trabalho em saúde, quando na verdade a educação permanente em saúde, propõe, estrategicamente, a reestruturação dos serviços, a partir de seu cotidiano de trabalho, transformando o profissional em sujeito, colocando-o no centro do processo de ensino aprendizagem<sup>19</sup>.

Neste sentido as ações de EPS, como são percebidas pelos gestores, se aproximam mais dos pressupostos da educação continuada. Esta vem sendo utilizada no setor saúde como estratégia de capacitação, com o objetivo maior de atualizar conhecimentos que, na maior parte das vezes, acha-se distanciado dos problemas do cotidiano evidenciados nos serviços, seguindo assim em uma direção mais técnica do trabalho, voltada para o domínio de habilidades e competências<sup>20</sup>.

### **Ações de Educação Permanente em Saúde realizadas**

Quando questionadas sobre como é a atuação da gestão municipal no âmbito da política de educação permanente, as gestoras, de forma geral, relataram oferta de cursos, participação em cursos ofertados pela regional de saúde, assim como os da secretaria estadual de saúde (SES) e a liberação para vídeo conferências

“No âmbito municipal ofertamos capacitações, workshops... com profissionais do nosso quadro ou em parcerias. Também disponibilizamos a participação dos nossos profissionais em cursos, capacitações ofertados pela SES, ministério da saúde e outros

e atualizações.” (GESTORA 5)

Ações centradas quase exclusivamente em treinamentos, capacitações e cursos focando conhecimentos e habilidades específicas, tem-se ainda uma concepção de propostas educativas de estilo reiterativo e tecnicista. Esta visão, ainda que importante de modo a garantir práticas seguras e qualificadas ofertadas aos usuários, não avança no sentido de construirmos práticas de atenção mais integradas e integrais, especialmente se a proposição de tais cursos não emergirem de processos coletivos de problematização do cotidiano do trabalho, com vistas a centrar a produção do cuidado nas necessidades dos usuários.

Este é um ponto relevante a ser considerado, posto que os processos de educação no, com e para o trabalho necessitam “transcender a fragmentação, a descontinuidade, a dissonância entre teoria e prática, e a sobreposição do saber técnico-operacional em detrimento ao saber conjuntural”<sup>21</sup>.

A educação permanente em saúde é sustentada pela premissa da aprendizagem significativa, ou dito de outra forma, que os processos de capacitação e formação devem ser pensados e organizados tomando-se a problematização do processo de trabalho com foco na transformação das práticas profissionais e da organização do trabalho. Neste processo, a referência deve ser “as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e o controle social em saúde”<sup>22</sup>.

O desafio da educação permanente em saúde, portanto, está em estimular o desenvolvimento dos profissionais no seu contexto e sua responsabilidade no processo contínuo de educação. Para tanto, é necessário rever os métodos educativos, ao prever e prover processos sistematizados e participativos, tendo como cenário o espaço de trabalho, situação em que o pensar e o fazer fundamentam o processo de trabalho.

### **Dificuldades e Potencialidades da Educação Permanente em Saúde**

Um dos suportes principais da educação permanente é o diálogo horizontal e o quadrilátero da formação, pontos que possibilitam um olhar atento e ativo às problemáticas reais e cotidianas do processo de trabalho e formação profissional, a fim de melhorar a qualidade na assistência à saúde, entretanto, durante as entrevistas, alguns entraves na própria gestão foram notados em relatos como:

“Da mesma forma como a gente acha cansativo, se torna cansativo pra eles, eles percebem no sentido de você só cobrar, porque você só quer resultados baseados em números, que é o que conta” (GESTORA 2).

Um estudo envolvendo a equipe multidisciplinar, composta de enfermeiros, médicos,

psicólogos, farmacêuticos, registra que os principais limitadores da implantação de uma proposta de educação permanente em saúde são o cansaço físico, a indisponibilidade de horários, o duplo emprego, a resistência a mudanças, a falta de tempo, os excessos de demandas de tarefas, o pouco comprometimento por parte dos profissionais, a remuneração inadequada, a falta de incentivos<sup>23</sup>.

Situações que acabam sendo recorrentes também na regional, para além dos entraves no que concerne a dinâmica precária de trabalho, também nos deparamos com a própria concepção do gestor sobre o processo de educação permanente. Farah<sup>24</sup> destacou que os serviços, ao proporem os treinamentos e as capacitações, buscam o aprimoramento das técnicas com intuito de propiciar aumento da produtividade ou a adequação dos profissionais ao programas verticais oriundos das esferas federais, estaduais ou municipais.

Ainda segundo Farah<sup>24</sup>, as metodologias verificadas nestes treinamentos produzem conhecimentos de maneira que pouco contribui para as mudanças desejadas no serviço, pois não proporcionam aos envolvidos qualificação técnica adequada e nem formação de cidadãos. Nesse sentido, a inversão do modelo hegemônico fica cada vez mais distante à medida que os treinamentos e capacitações não geram compromissos com os princípios do SUS e não suprem as necessidades de assistência à saúde da população.

Por outro lado, dentre os facilitadores do uso da EPS estão o desafio de superação no trabalho, a obtenção de novos conhecimentos, a viabilização de propostas educativas, a correção dos problemas evidenciados no cotidiano, a interação com profissionais de outras instituições para a troca de experiências teórica e prática, e, ainda, o próprio ambiente de trabalho, associado às constantes necessidades de mudanças, constituindo verdadeiros fatores indutores à contínua aprendizagem<sup>23</sup>.

Os gestores precisam prever e prover continuamente o aperfeiçoamento das estruturas, da organização e, sobretudo, dos processos. Com as constantes mudanças na área da saúde, sobretudo no que se refere à oferta de serviços qualificados, pode-se afirmar que a EPS é a principal estratégia de mudanças proativas de revitalização da atenção e, reciprocamente, da gestão.

A educação permanente em saúde também se constitui na principal estratégia sustentável para a geração de mudanças institucionais, mas requer planejamento e pesquisa sobre as necessidades das pessoas envolvidas, sejam trabalhadores ou usuários, assim como a previsão de ações educativas diversificadas e contínuas. As necessidades sentidas e

evidenciadas no espaço de trabalho são o principal elo entre o que se necessita em termos educativos e o que se aborda cotidianamente nas ações educativas.

Ferreira et al.<sup>25</sup>, por meio de uma revisão integrativa da literatura que buscou verificar as estratégias utilizadas para efetivação da PNEPS na APS, aponta o desenvolvimento das seguintes iniciativas: uso de tecnologias inovadoras, como a internet; a educação a distância e o Telessaúde. Assim, também foi observado, em estudo sobre a etapa da avaliação externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), que, segundo os profissionais das Equipes de Saúde da Família, o Telessaúde foi a atividade de EPS mais realizada por eles no ambiente de trabalho, seguido dos cursos presenciais, troca de experiências, atividades de educação a distância, tutoria, e Rede Universitária de Telemedicina.

Para Schweickardt et al.<sup>26</sup>, as práticas de EPS devem estar embasadas no uso de metodologias ativas para construção do conhecimento, e não no repasse de informações, em que o educando não é aquele que escuta e decora, mas aquele que constrói para si o saber que foi emitido nos debates. Corroborando o pensamento de Ceccim, a EPS consiste na atualização diária das práticas pelos profissionais de saúde de acordo com a aprendizagem significativa e por meio da utilização de metodologias ativas e de avanços científicos e tecnológicos.

Aspectos facilitadores para a realização de iniciativas de EPS mencionados pelos participantes dos estudos de Weykamp et al.<sup>27</sup> e de Zinn<sup>28</sup> dizem respeito à vontade própria, ao estímulo à reflexão crítica e à busca pelo autoconhecimento e ao crescimento profissional. É de grande relevância que as instituições tenham a qualificação dos profissionais como investimento e incentivem a implementação da EPS nas Unidades Básicas de Saúde, favorecendo a percepção positiva dos profissionais o que, por conseguinte, determina sua participação nas ações.

Embora a concepção sobre EPS esteja mais voltada a capacitação, ela não deixa de ter na participação ativa sua ancoragem. As gestoras entrevistadas relataram que a EPS pode favorecer seu processo de trabalho, pois permite perceber os profissionais, das equipes de atenção básica, enquanto também atores, dessa forma alcançando maior resolutividade das demandas.

“Quando a gente ouve, quando trabalha as dúvidas também, aprender a escutar o que vem de lá, também se torna mais fácil conseguir os resultados que queremos e não só os temas trabalhados, mas a forma como é passado ajuda a gente a passar assim

também.” (GESTORA 4)

A EPS se caracteriza por uma série de acepções: a valorização do trabalho no desenvolvimento pessoal; a articulação do fazer educativo com o processo de trabalho; a articulação da educação com a atenção; a integração das ações educativas sob diferentes dimensões, junto à equipe multiprofissional e interdisciplinar; o uso de estratégias educativas em prol de transformações das práticas de saúde, além de um olhar diferenciado sobre a integralidade da atenção aos usuários e à população<sup>29</sup>.

Demonstrando o incentivo a valorização dos profissionais de saúde e otimizando o processo de trabalho com base em metodologias ativas, tendo as metas mais bem definidas e os pontos mais críticos para atuação das equipes de atenção básica, trazendo todos os envolvidos para diálogo e construção de soluções, ação que favorece a própria função da atenção básica enquanto norteadora do cuidado.

### **Estratégias para implementação da educação permanente em saúde**

No diálogo entre a EPS e a atenção básica, tendo em foco seu papel enquanto gestor, a grande maioria das entrevistadas pontuaram os espaços colegiados como estratégicos para o incentivo à implantação da mesma nos municípios, com temas atualizados e condizentes à rotina do serviço, facilitando a multiplicação aos demais profissionais, reproduzindo, em alguns momentos a forma de passar o conteúdo.

“Sempre quando eu retorno para o município, na semana seguinte a gente faz o colegiado de atenção primária com as enfermeiras das unidades, então tudo que é repassado no colegiado regional a gente repassa no colegiado municipal, então está sempre em dia” (GESTORA 1).

“Eu acho que a forma, até como vocês passam, acaba se tornando dinâmico quando a gente vai reunir grupos” (GESTORA 2).

Ressaltando que apenas a transmissão de conteúdo, sem interlocução com o cotidiano de trabalho e sem levar em consideração o quadrilátero da formação, ainda se distancia do conceito de educação permanente em saúde.

Dentre os colegiados regionais têm-se no Colegiado de Atenção Básica um campo de grande potencialidade para ações de educação permanente, tendo em vista a sua disseminação no território e por ser uma estratégia de reorganização do primeiro nível, a fim de garantir a atenção integral à saúde das pessoas<sup>30</sup>. Também reafirmando as diretrizes e estratégias para a implementação da PNEPS, onde:

Parágrafo Único Portaria 1.996/2007. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde deve considerar as especificidades regionais, a superação das desigualdades regionais, as necessidades de formação e desenvolvimento para o

trabalho em saúde e a capacidade já instalada de oferta institucional de ações formais de educação na saúde.

É de conhecimento que a condução da EPS não é algo fácil de ser realizada pelos municípios. Contudo, muitos sujeitos possuem dificuldade para reconhecer o caráter educativo do próprio trabalho, e desperdiçam assim, as oportunidades educativas que se inserem no cotidiano das organizações e dos serviços de saúde.

Segundo Ceccim<sup>31</sup>, a EPS é uma ação pedagógica que, ao tomar como foco o cotidiano do trabalho, possibilita a construção de processos de autoanálise, no qual diferentes atores, ao serem colocados em roda, conseguem assumir papéis pró ativos na condução dos sistemas locais de saúde.

No entanto, essa prática educativa necessita ser realmente incentivada pelos gestores, por meio da abertura de diálogo e reflexões sobre o assunto, a fim de que os profissionais que atuam em municípios, onde a política ainda não seja discutida de forma cotidiana, tenham a oportunidade de conhecer, em sua totalidade, a proposta estratégica da EPS, e, assim, não permaneçam sem a possibilidade de participar de suas ações e dos benefícios que ela possa proporcionar a todos os sujeitos e serviços de saúde envolvidos.

Nessa perspectiva a inserção da EPS como tema contínuo no colegiado regional de atenção básica favorece a formação da gestão de modo criativo e original, com estruturação da rede de serviços, assegurando que essas atendam às necessidades em saúde e considerar na avaliação a satisfação dos usuários, como percebido na fala das entrevistadas.

“É a possibilidade de trocar com a pessoa bem próxima, com outros municípios que têm a realidade semelhante e que a gente consegue ficar não só na teoria, mas na prática também, porque a gente tem muita portaria, a gente lê muita portaria, vai para congresso, vai para capacitação mas no colegiado se torna uma coisa mais prática da rotina, do nosso processo de trabalho, do dia-a-dia.” (GESTORA 7)

Contudo, o que se observa é que os municípios não estão preparados para a condução dessa estratégia, haja vista que possuem dificuldades em relação ao desdobramento da política e o próprio entendimento sobre seu objetivo, necessitando de apoio das regionais de saúde e da Comissão de Integração Ensino e Serviço (CIES), bem como de maior envolvimento dos atores presentes nos serviços para sua efetiva estruturação quanto aos processos de formação em metodologias ativas e problematizadoras.

No momento atual a CIES regional está passando por uma reestruturação, com chegada de novos membros, principalmente das instituições de ensino, mas ainda caminhando para maior inserção das representações de movimentos sociais e de gestores. A estruturação de um cronograma de atividades na CIES possibilita uma qualificação e suporte

maior aos municípios nesse processo de implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

Uma das alternativas para subsidiar a implantação da política, para Celeste<sup>32</sup>, é a criação de núcleos de EPS (NEPS), como importante medida que proporciona uma ruptura na lógica predominante das ações de saúde e na gestão do cotidiano dos serviços, abrindo espaço para o fortalecimento do SUS através do aprimoramento das tecnologias e na articulação educação e serviços.

A presença de um NEPS, sem dúvida, colabora com o planejamento dessa estratégia em um município. No entanto, os trabalhadores precisam estar atentos às diversas ações de EPS que são produzidas no cotidiano do trabalho e em meio ao inusitado dos serviços, e que também permitem o desenvolvimento e fortalecimento de suas equipes, sem que para isso, estejam centralizadas na coordenação de um único grupo de pessoas.

Assim, os trabalhadores entenderão que todos são capazes de organizar, planejar e buscar o aprendizado de maneira ampla ao introduzir a gestão dos coletivos nos processos de trabalho, despertando o interesse dos sujeitos, gestores e comunidades na construção de estratégias mais comprometidas com os serviços, a fim de aperfeiçoá-la e torná-la viável às realidades onde se inserem.

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, por meio de seus princípios e diretrizes busca atender as demandas da saúde por modelos de aprendizagem que contribuam para um desenvolvimento profissional capaz de proporcionar mudanças nas práticas e nos processos de trabalho em saúde, com o objetivo de reorganizar e fortalecê-lo. Entretanto, isso se realiza em um contexto repleto de obstáculos, uma vez que a EPS propõe ações que, em grande parte das vezes, vão na contramão do que está estabelecido.

Durante o estudo foi possível perceber que a compreensão sobre o que é EPS ainda está muito vinculada à noção de educação continuada, o que não é raro se levarmos em conta todo o contexto de formação dos profissionais da saúde, em grande parte as instituições formadoras ainda reproduzem um modelo de pouco diálogo com outros setores, e mesmo da falta de incentivo por parte do governo federal em fortalecer a política, mesmo com um aporte teórico reafirmando sua função estratégica dentro do SUS.

O fato de as entrevistadas terem formação na saúde é um ponto de apoio favorável a todo o processo de implementação da política, por já ter uma visão de condições de saúde e

como o sistema funciona, para além de noção sobre a prática de ensino em serviço, vivenciada durante estágios supervisionados.

Dessa forma, tornando um incentivo maior ao se estimular a formação de Núcleos de Educação Permanente nos municípios da regional, tendo como suporte a CIES regional e garantindo o tema nas pautas do colegiado de atenção básica para fortalecimento do serviço, também como espaço de formação profissional. A reestruturação da CIES regional é estratégica para fortalecimento da rede de atenção básica, considerado o principal ponto de acesso à saúde da população.

A EPS é de vital importância para o desenvolvimento dos trabalhadores em saúde, que, por sua vez, de posse de uma cultura educativa, podem vir a propor e implementar ações educativas perenes aos usuários, com vistas à prevenção de doenças e agravos e, de igual modo, à promoção da saúde, sendo portanto uma estratégia de gestão que deve ser constantemente estimulada e reafirmada nos espaços que compete.

## **REFERÊNCIAS**

1. CECCIM, R.B; Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(4):975-986. 2005.
2. VASCONCELOS, E.M; CRUZ, P.J.S.C. Educação popular na formação universitária: reflexões com base em uma experiência. Editora HUCITEC e Universitária UFPB, 2011.
3. CECCIM, R.B; FEUERWERKER, L.C.M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis: Rev. de Saúde Coletiva* 14(1):41- 65. 2004.
4. BRASIL. MS. Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. BRASIL, Ministério da Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Série B. Textos Básicos de Saúde; Série Pactos pela Saúde 2006, v. 9, 2009
5. LINO, Mônica Motta et al . Educação permanente dos serviços públicos de saúde de Florianópolis, Santa Catarina. *Trab. educ. saúde*, Rio de Janeiro , v. 7, n. 1, p. 115-136, June 2009 .
6. MISHIMA, S.M; AIUB, A.C; RIGATO, A.F.G; FORTUNA, C.M; MATUMOTO, S; OGATA, M.N; da SILVA, M. V; NOGUEIRA, A.C. Perspectiva dos gestores de uma região do estado de São Paulo sobre educação permanente em saúde. *Rev Esc Enferm USP* 2015.

7. DELUIZ, N. Qualificação, competências e certificação: visão do mundo do trabalho. Formação. Brasília, 2001.
8. FORTUNA, C.M, Franceschini, T.R.C, Mishima SM, Matumoto S, Pereira MJB. Movements of permanent health education triggered by the training of facilitators. Rev Latino Am Enfermagem [Internet] 2011.
9. ASSAD, S.G.B; VALENTE, G.S.C; SANTOS, S.C.P;CORTEZ, E.A; RODRIGUES, G.V.B; KELP, D.N. Formação Profissional dos Gestores da Atenção Básica e o Desenvolvimento de Competências: Revisão Integrativa. Atas Investigaçao Qualitativa em Saúde, volume 21528a, 2019.
10. CECILIO, L. C. O., ANDREAZZA, R., SOUZA, A. L. M., LIMA, M. R., MERCADANTE, C. E. B., PINTO, N. R. S., BESTETTI, L. M. A. O gestor municipal na atual etapa de implantação do SUS: características e desafios. Reciis: Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde, 1(2), 200-207.2007.
11. NASCIMENTO, A. B., LASEVICIUS, C. A., & SANTOS, G. A. A. (2016) Competências Necessárias à Formação do Gestor Hospitalar: Contribuição dos 4 Pilares da Educação de Delors. Cadernos Educação Tec Sociedade, 9(1), 15-27.
12. MINAYO, M.C.S. Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade. Ed. Petrópolis. Rio de Janeiro. Vozes. 2010.
13. GIL, A.C. Métodos e Técnicas de Pesquisa Social. Atlas, 6ª edição. São Paulo. 2008. LEFEVRE, F., LEFEVRE, A. M. C., & MARQUES, M. C. D. C. Discurso do sujeito coletivo, complexidade e auto-organização. Revista de Ciência e Saúde Coletiva, 2009.
14. BARDIN, L. Análise de Conteúdo. Lisboa, Portugal. Edições 70, 1994.
15. Melo CF, Alchieri JC, Neto JLA. Avaliação do perfil técnico-profissional de gestores do Sistema Único de Saúde (SUS). Rev Enferm UFPE on line. 2013;7(7):4670-80.
16. MOTTA, J. I. J. et al. Novos desafios educacionais para a formação de recursos humanos em saúde. Rio de Janeiro: Olho Mágico. v.8, n. 3 set./dez., 2001. Disponível em <<http://www.ccs.uel.br/olhomagico/v8n3/enfoque.htm>> Acesso:19/08/ 2013.
17. CECCIM, R.B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. Interface- Comunic, Saúde, Educ, v.9, n.16, p.161-77, 2005.

18. SALUM, N.C.; PRADO M. Educação continuada no trabalho: uma perspectiva de transformação da prática e valorização do trabalhador (a) de enfermagem. *Texto Contexto Enferm.* v. 9, n.2, pt1, 2000. p.298-311
19. MOTTA, J. I. J.; RIBEIRO, E. C. O. Educação permanente como estratégia na reorganização dos serviços de saúde. Mar. 2005. Disponível em: < [www.redeunida.org.br](http://www.redeunida.org.br)>. Acesso em: 13 out. 2013.
20. PEREIRA. R.O. O polo de educação permanente em saúde e as interfaces da política de educação permanente para o SUS no estado. 2012. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) –Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências da Saúde, 2012.
21. Silva LAA, Franco GP, Leite MT, Pinno C, Lima VML, Saraiva N. Concepções educativas que permeiam os planos regionais de educação permanente em saúde. *Texto Contexto Enferm.* 2011;20(2):340-8.
22. Oliveira FMCSN, Ferreira EC, Rufino NA, Santos MSS. Educação permanente e qualidade da assistência à saúde: aprendizagem significativa no trabalho da enfermagem. *Aquichan.* 2011;11(1):48-65.
23. Silva LAA, Bonacina DM, Andrade A, Oliveira TC. Desafios na construção de um projeto de educação permanente em saúde. *Rev Enferm UFSM.* 2012;2(3):496-506.
24. FARAH, B. F. Educação em serviço, educação continuada, educação permanente em saúde: sinônimos ou diferentes concepções? *Revista APS*, v.6, n.2, jul./dez., 2003. p.123-125.
25. Ferreira Lorena, Barbosa Júlia Saraiva de Almeida, Esposti Carolina Dutra Degli, Cruz Marly Marques da. Educação Permanente em Saúde na atenção primária: uma revisão integrativa da literatura. *Saúde debate* [Internet]. 2019 Mar [cited 2020 Feb 27] ; 43(120 ): 223-239. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042019000100223&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042019000100223&lng=en). Epub May 06, 2019. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912017>.
26. Stroschein KA, Zocche DAA. Permanent education in health services: a study on the experience gained in Bra-zil. *Trabalho, educação e saúde* [internet]. 2012 [acesso em 2018

jan 20]; 9(3):505-519. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v9n3/v9n3a09.pdf>.

27. Weykamp JM, Cecagno D, Vieira FP, et al. Educação permanente em saúde na atenção básica: percepção dos profissionais de enfermagem. Rev. enferm. UFSM. [internet]. 2016 abr [acesso em 2018 jan 20]; 6(2):281-289. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/16754/pdf>.

28. Zinn GR. Educação Permanente em Saúde: de diretriz política a uma prática possível [tese] [internet]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2015. 147 p. [acesso em 2018 jan 20]. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7140/tde-11052015-154630/pt-br.php>.

29. Silva LAA, Soder RM, Petry L, Oliveira IC. Educação permanente em saúde na atenção básica: percepção dos gestores municipais de saúde. Rev Gaúcha Enferm. 2017 mar;38(1):e58779. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.01.58779>.

30. ASSAD, S.G.B; VALENTE, G.S.C; SANTOS, S.C.P;CORTEZ, E.A; RODRIGUES, G.V.B; KELP, D.N. Formação Profissional dos Gestores da Atenção Básica e o Desenvolvimento de Competências: Revisão Integrativa. Atas Investigaçao Qualitativa em Saúde, volume 21528a, 2019.

31. CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: Desafio ambicioso e Necessário. Interface - Comunic, Saúde, Educ. v.9, n.16, 2005. p.161-177.

32. CELESTE, T. Educação Permanente: um novo olhar sobre a aprendizagem no trabalho. Revista Digital de Educação Permanente em Saúde. v.1, n. 1, set., 2004. Disponível em: <[www.abem-educmed.org.br](http://www.abem-educmed.org.br)>. Acesso em: 20 abr. 2012.

## ANEXOS

### ANEXO A – NORMAS DA REVISTA REVISTA SAUDE EM REDES – REDE UNIDA

#### INSTRUÇÕES GERAIS

- É solicitado gentilmente aos autores para seguirem atentamente todas as instruções para a preparação do manuscrito. Só será enviado aos colaboradores (revisores) manuscritos que estão em estrita conformidade com as normas especificadas.
- Os artigos podem ser escritos em Português, Inglês, Espanhol ou Italiano e o estilo deve ser claro e conciso. Autores são fortemente aconselhados a enviar o manuscrito em sua forma final após a realização de uma verificação ortográfica.
- Os artigos devem ser digitados em Word (Microsoft Office), em uma página tamanho A4, configurado com espaçamento 1,5, margens laterais de 2,5 cm, fonte Calibri 12, recuo de primeira linha a direita de 1,25cm, com espaçamento de 10pt entre parágrafos (geralmente basta adiciona espaço depois de parágrafo no item próprio no word). Os textos devem estar apresentados com margem justificada.
- Use a formatação automática para criar recuo no início dos parágrafos, e não a tecla de espaço ou tab.
- O tamanho de cada documento não deve exceder 2 MB.
- A ordem é a seguinte para todos os manuscritos: primeira página, resumo, resumo traduzido (abstract), palavras-chaves, texto, agradecimentos (se houver), referências, tabelas, figuras. Veja abaixo os detalhes sobre a preparação de cada um desses elementos, "Estrutura do manuscrito".
- As unidades de medida devem seguir o Sistema Internacional de Unidades.
- Abreviaturas podem ser utilizadas. Na primeira citação, a palavra deve ser escrita por extenso, seguido da sigla entre parênteses. Não use abreviaturas nos resumos.

#### ESTRUTURA DO MANUSCRITO

##### 1. Primeira página

1.1 Título: conciso e explicativo em português e inglês, máximo de 150 caracteres com

espaços;

1.2 Autores: nome completo, titulação, instituição e e-mail;

1.3 Autor correspondente: nome, endereço postal, telefone e e-mail para publicação;

1.4 Descreva a autoria baseado em contribuições substanciais. Observação: a página de título é retirado do arquivo fornecido aos colaboradores.

## 2. Resumo e palavras-chave estruturados

2.1 Resumo: deve ter até 250 palavras. Os resumos devem ser estruturados da seguinte forma: - Artigo original: Objetivos, Métodos, Resultados, Conclusões. - Artigo de revisão: Objetivos, Fonte de dados, Resumo das conclusões (Para a definição de cada tipo de artigo, consulte a seção Políticas, encontrado no menu).

2.2 Palavras-chave: Devem conter pelo menos três palavras-chave, não ultrapassando seis, ser separadas por ponto e vírgula e deve ser consultado em "Descritores em Ciências da Saúde (DeCS)", publicado anualmente e está disponível em <http://decs.bvs.br>.

2.3 Abstract e Keyword: Deverá ter um resumo traduzido para inglês. Quando o idioma do texto for em inglês, o resumo deverá ser traduzido para o português. E keyword poderá ser também tirado do DECS, não precisará ser traduzido.

## 3. Texto

3.1 Artigo Original: deve conter no máximo 5.000 palavras (excluindo tabelas e referências) e apresentar um máximo de 40 referências. O número total de tabelas e figuras não deve ser maior que cinco. O texto original do artigo deve seguir um formato estruturado: Introdução, Métodos, Resultados, Discussão, Considerações finais, Referências.

1. Também são aceitos artigos originais separados com subtítulos, não excluindo a Introdução, Considerações Finais e Referências.

### 3.1.1 CITAÇÕES

## 2. Formatação

3. Números arábicos, sobrescritos. Ex: 12

4. Ordenadas consecutivamente

5. Com indicação de páginas. Ex. 12:381

6. Citações de referências sequenciais separadas por vírgula, sem espaço entre elas. Ex: 1,2,4,5,9

7. Citações de referências intercaladas separadas por vírgula, sem espaço entre elas. Ex: 8,14, 10,12,15

8. 3.1.2 Notas de rodapé

9. Restritas ao mínimo necessário.

10. Indicadas por números romanos.

3.2 Revisão Sistemática: deve conter no máximo 6.000 palavras (excluindo tabelas e referências) e fornecer pelo menos 50 referências. O artigo de revisão pode apresentar um padrão menos rígido, incluindo Introdução, Métodos, Revisão da Literatura, Considerações finais e Referências.

3.3 Resenhas: deve conter no máximo 2.000 palavras. Devem primar pela objetividade e concisão. São compostos de resumos e comentários sobre importantes obras publicadas na Saúde Coletiva. Podem ser tanto obras clássicas, quanto obras recentemente disponibilizadas ao público.

4. Agradecimento (opcional): Devem ser breves e objetivos, apresentada no final do texto (antes das referências), incluindo apenas as pessoas ou instituições que contribuíram para o estudo.

5. Tabelas: As tabelas com suas legendas devem ser enviados em formato Word (Microsoft Office), sendo colocados após as referências em novas páginas. Todas as tabelas devem ser numeradas em ordem de aparecimento no texto. A legenda deve aparecer em sua parte superior, precedida da palavra "Tabela" seguida pelo número de ordem de ocorrência no texto em algarismos arábicos (por exemplo, Tabela 1, Tabela 2, etc.). Os títulos das tabelas devem ser auto-explicativo, para que as tabelas sejam compreendidas dispensando consulta ao texto. Explicações específicas ou mais detalhadas devem ser apresentadas imediatamente abaixo da tabela. Não sublinhar ou

desenhar linhas dentro das tabelas e não usar espaços para separar colunas.

6. Figuras: Incluir gráficos, desenhos, fluxogramas, fotografias, gráficos, etc. Todas as ilustrações devem ser numeradas em ordem de aparecimento no texto. A legenda deve ser incluído na sua parte inferior, precedida da palavra "Figura", seguido do número de série de ocorrência no texto, em árabe, incluindo o seu modo de explicação (por exemplo, Figura 1, Figura 2, etc.). Mesmo que brevemente, esta informação deve ser clara e dispensar se referir ao texto ou fonte. Os dados produzidos em um arquivo de texto, como gráficos em Word, por exemplo, deve ser anexada depois de as tabelas no final do documento. Os arquivos de imagem devem ser enviados como anexo formato de documento. Jpg com resolução mínima de 300 dpi, para que eles sejam melhor visualizado on-line, mas não superior a 2 MB. As ilustrações em cores são aceitos para publicação eletrônica.

7. Referências: Devem ser numeradas em sobrescrito no texto, após a pontuação, classificados em ordem de aparecimento no texto e elaborar como o estilo de Vancouver. As normas e exemplos podem ser encontrados através do site: [http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform\\_requirements.html](http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html). Todas as referências citadas no texto, e apenas eles, devem figurar na lista de referência que é numerada e colocada a seguir ao texto. Ao utilizar um programa de gerenciamento de referências (como o EndNote e Reference Manager), os códigos de campo devem ser desativado antes de enviar o documento, o texto é convertido em texto simples. Para converter referências adicionadas por Reference Manager ou Endnote para texto simples, o autor pode usar o seu próprio programa, que permite remover os códigos de campo (em "Remove Field Codes").

## INSTRUÇÕES PARA ENVIO

1. As inscrições só podem ser feitas através deste site. Nós pedimos que os autores leiam todas as instruções antes de iniciar o processo de submissão. Um dos autores deverá se registrar no site, onde receberá um nome de usuário, senha e instruções sobre o processo de submissão. Uma vez cadastrado, o autor pode entrar no sistema a qualquer momento, com seu login e senha (acesso, no menu superior). Ao completar o registo inicial, o autor é enviado diretamente para a página do usuário, que lista as várias funções que o usuário

pode tomar na revista (autor, revisor e leitor).

2. Clicando no papel de autor aparece para listar as suas submissões ativas e arquivadas, e uma nova submissão pode ser iniciada. O processo de submissão tem cinco etapas, com instruções disponíveis em cada um. O autor não precisa completar os 5 passos de cada vez e pode retomar a qualquer hora submissões listadas como "incompleto" na lista de submissões ativas. É essencial seguir rigorosamente as instruções que aparecerão na apresentação, com atenção aos dados, que devem ser cuidadosamente preenchidos.

3. Os nomes de todos os autores do artigo devem ser adicionado em apresentação do site, na mesma ordem em que aparecem na página de título do manuscrito, bem como os seus e-mails, casa instituições, títulos e funções. Preencha os campos para o título do artigo em Português e Inglês, resumo e abstract. Preencha todos os campos para o índice, que são importantes para o artigo a ser indexada em bases de dados.

Identifique o idioma em que o artigo está redigido. Para iniciar o processo de inscrição e submissão, por favor "Submissão on-line".

#### Condições para submissão

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

1. A contribuição é original e inédita, e não está sendo avaliada para publicação por outra revista; caso contrário, deve-se justificar em "Comentários ao editor".

2. A primeira página contém, além do título do artigo, os nomes, títulos, instituições de origem e endereços de todos os autores por e-mail, bem como o endereço postal e número de telefone do autor correspondente e descreve a contribuição. Estes dados também será concluída na Etapa 2 do processo de submissão.

3. Os arquivos para submissão estão em Word (Microsoft Office). O texto está em página A4, espaçamento 1,5, fonte Calibri 12. As figuras e tabelas estão incluídas no final do documento, após as referências. O tamanho de cada documento não é mais do que 2 MB.

4. O manuscrito contém todos os elementos textuais necessários, incluindo o Resumo

(até 250 palavras e estruturado de acordo com as diretrizes da Revista) e palavras-chave e abstract.

5. Em Métodos, há aprovação explícita pelo Comitê de Ética em Pesquisa, ou correspondente na instituição de origem, quando necessário.

6. As referências são numeradas na ordem de aparecimento no texto e seu estilo segue as regras da revista (Vancouver). Se um programa tem sido utilizado para gerenciamento de referências, códigos de campo foram retirados do arquivo enviado, a fim de converter a lista de referências em texto simples.

7. Referências: Devem ser numeradas em sobrescrito no texto, após a pontuação, classificados em ordem de aparecimento no texto e elaborar como o Estilo Vancouver - Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals, organizados pelo International Committee of Medical Journal Editors Vancouver Group. Os exemplos podem ser encontrados no site: [http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform\\_requirements.html](http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html).

1. Para auxílio no uso de Abreviatura dos títulos de periódicos (para as referências): <http://portal.revistas.bvs.br/index.php?issn=0034-8910&lang=pt>

2. Todas as referências citadas no texto, e apenas elas, devem figurar na lista de referências que deverá ser numerada e colocada na sequência do texto. Ao utilizar um programa de gerenciamento de referências (como o EndNote e Reference Manager), os códigos de campo deve ser desativado antes de enviar o documento, o texto é convertido em texto simples. Para converter referências adicionadas por Reference Manager ou Endnote para texto simples, o autor pode usar o seu próprio programa, que permite remover os códigos de campo (em "Remove Field Codes").

8. Todos os autores do artigo foram informados sobre as políticas editoriais da revista. Os autores leram o manuscrito submetido estando em conformidade com o mesmo.

#### Declaração de Direito Autoral

Os direitos autorais para artigos publicados neste periódico são do autor, com os direitos de publicação para o periódico. Deve ser publicado neste periódico de acesso público, os artigos são de uso gratuito, com atribuições próprias, desde que citada a fonte (por favor, veja a Licença Creative Commons no rodapé desta página).

## Política de Privacidade

Os nomes e endereços informados nesta revista serão usados exclusivamente para os serviços prestados por esta publicação, não sendo disponibilizados para outras finalidades ou a terceiros.