

## Avaliação de programas de educação permanente na atenção básica: identificação de descritores

*Evaluation of continuing education programs in primary health care: identification of descriptors*

*Evaluación de los programas de educación continua en la atención primaria:  
identificación de los descriptores*

Aline MASSAROLI<sup>1</sup>, Rosita SAUPE<sup>2</sup>, Bruna Pedroso CANEVER<sup>3</sup>, Daniele Delacanal LAZZARI<sup>4</sup>, Rodrigo MASSAROLI<sup>5</sup>, Jussara Gue MARTINI<sup>6</sup>

### RESUMO

**Objetivo:** identificar descritores de avaliação de programas de educação permanente para enfermeiros atuantes na atenção básica. **Métodos:** estudo quantitativo, baseado no método denominado de Avaliação de Programas, originário da Universidade da Carolina do Norte, nos anos 1970. Participaram 85 enfermeiros, representando 96,5% da população delimitada para o estudo. O método constou da construção de um diagrama, incluindo quatro descritores e 24 componentes, representativos para a Educação Permanente. Estes foram, então, validados por especialistas e submetidos ao método de júri, antes de serem avaliados pelos enfermeiros. **Resultados:** evidenciaram avaliação positiva da proposta e permitiram observar a importância da adequação dos descritores e suas possibilidades de contribuição para avanços nos processos de Educação Permanente. **Conclusão:** os descritores aqui apresentados podem ser utilizados na orientação dos processos de educação permanente.

**Descritores:** Avaliação de programas e projetos de saúde; Educação continuada; Atenção primária à saúde.

### ABSTRACT

**Objective:** to identify evaluation of descriptors of continuing education programs for working nurses in primary health care. **Methods:** a quantitative study based on the method called Program Evaluation, originated from the University of North Carolina, and in the 1970s had involved 85 nurses, representing 96.5% of the defined population for the study. The method consisted of the construction of a diagram, including 4 descriptors and 24 components, representative for

1 Enfermeira. Mestre e Doutoranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (PEN/UFSC), Bolsista de Doutorado pelo CNPq, Membro do Grupo de Pesquisa em Educação em Enfermagem e Saúde - EDEN/UFSC, Florianópolis, SC - Brasil. E-mail: alinemassaroli@hotmail.com

2 Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo. Florianópolis, SC - Brasil. E-mail: saupe@univali.br

3 Enfermeira. Mestre e Doutoranda em Enfermagem PEN/UFSC, Bolsista de Doutorado CAPES - Pró-Ensino na Saúde, Membro do Grupo de Pesquisa EDEN/UFSC, Florianópolis, SC - Brasil. E-mail: brunacanever@gmail.com

4 Enfermeira. Mestre em Educação. Doutoranda em Enfermagem PEN/UFSC, Membro do Grupo de Pesquisa EDEN/UFSC, Bolsista de Doutorado pelo CNPq, Florianópolis, SC - Brasil. E-mail: danielaelazza@gmail.com

5 Enfermeiro. Mestre em Enfermagem PEN/UFSC. Professor do Centro Universitário Leonardo da Vinci (UNIASSELVI) e Supervisor do Centro de Terapia Intensiva do Hospital Santa Catarina (HSC), Membro do Grupo de Pesquisa EDEN/UFSC, Blumenau-SC - Brasil. E-mail: romassaroli@yahoo.com.br

6 Enfermeira. Doutora em Educação. Docente e pesquisadora do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC. Membro dos Grupos de Pesquisa EDEN/UFSC e Núcleo de Pesquisa e Estudos sobre Enfermagem, Quotidiano, Imaginário e Saúde de Santa Catarina - NUPEQUIS/UFSC, Florianópolis, SC - Brasil. E-mail: jussarague@gmail.com

*Continuing Education. These were then validated by experts and submitted to the method of jury before being assessed by nurses. Results: it showed positive evaluation of the proposal and allowed to observe the importance of adequate descriptors and their potential contribution to advances in the processes of Continuing Education. Conclusion: the descriptors presented here can be used to guide the process of continuing education.*

**Descriptors:** Program evaluation; Education, continuing; Primary health care.

## RESUMEN

**Objetivo:** identificar los descriptores de evaluación de los programas de educación continua para las enfermeras que trabajan en la atención primaria. **Métodos:** estudio cuantitativo basado en el método denominado Evaluación del Programa, procedentes de la Universidad de Carolina del Norte; en la década de 1970 participaron 85 Enfermeras, que representan 96,5% de la población definida para el estudio. El método consistió en la construcción de un diagrama, incluyendo 4 descriptores y 24 componentes, representantes para la Educación Continua. Estos fueron validados por expertos y sometidos al método de jurado antes de ser evaluados por Enfermeras. **Resultados:** mostraron evaluación positiva de la propuesta y se les permite observar la importancia de descriptores adecuados y su potencial contribución a los avances en los procesos de Educación Continua. **Conclusión:** los descriptores que se presentan aquí se pueden utilizar para guiar el proceso de educación continua.

**Descriptor:** Evaluación de programas y proyectos de salud; Educación continua; Atención primaria de salud.

## INTRODUÇÃO

O desenvolvimento científico e tecnológico presente nas últimas décadas impõe aos profissionais à necessidade de assimilar e desenvolver conhecimentos e competências em curto espaço de tempo, possibilitando assim, o acompanhamento das demandas sociais e de toda a tecnologia produzida.<sup>1</sup> Esse desenvolvimento influenciou profundamente o setor da saúde, transformando o modo de entender e desenvolver as práticas de assistência, impulsionando mudanças nos modelos de atenção à saúde.

Desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro em 1990, os recursos humanos foram considerados como um dos eixos fundamentais para a sua implantação e efetivação.<sup>2</sup> A discussão sobre a formação dos profissionais de saúde transcorre desde as décadas de 1960 e 1970, todavia, com as necessidades

apresentadas para a consolidação do SUS, repensar a formação dos profissionais tornou-se um imperativo.<sup>3</sup>

Destaca-se que a educação permanente caracteriza-se como um processo contínuo ao longo da vida, sendo que a mesma não sofre interferências de espaço e tempo. A partir da segunda metade do século XX foi possível observar um movimento em prol da valorização da educação permanente no intuito de proporcionar capacitação e desenvolvimento aos trabalhadores em saúde.<sup>4</sup> Países europeus, como a Itália, mantém ativos e como atividade obrigatória, mantida e coordenadas pelo Ministério da Saúde, programas de educação permanente para os profissionais de saúde.<sup>5</sup>

Nesta perspectiva de manter os profissionais em formação

permanente, possibilitando socialização e discussões acerca do conhecimento continuamente produzido, em 2004 o Ministério da Saúde publicou a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), por meio da Portaria GM/MS nº 198/2004. Essa possuía como objetivo promover mudanças nas práticas de saúde por meio da articulação entre formação, gestão, atenção e controle social, gerando condições favoráveis para a formação e desenvolvimento dos recursos humanos em saúde, contribuindo assim, para a consolidação da Reforma Sanitária Brasileira e do SUS.<sup>2,6</sup> Em agosto de 2007 foi publicada a Portaria nº 1.996, que reafirmava os princípios da PNEPS e apresentava novos encaminhamentos para a efetivação desta política.<sup>6</sup>

Como a Educação Permanente em Saúde (EPS) priorizava a realidade em que cada profissional estivesse inserido, os processos educativos e as mudanças necessitariam ser planejadas de maneira a contemplar assistência personalizada, voltada para cada indivíduo e família. Havia ainda, a necessidade de direcionar os processos de educação permanente conforme as demandas dos profissionais e também aquelas definidas por grupos de especialistas ou gestores.

Dada a importância de realizar avaliações constantes das estratégias e programas propostos nas áreas educacional, assistencial ou outra, há que se oferecer ou propor subsídios para a compreensão e o desenvolvimento de novas possibilidades para melhoria dos

processos. Nesse contexto, é importante que se utilizem formas de expressar numericamente a avaliação de um programa, a fim de contribuir para a abrangência dos dados e subsidiar mudanças, detectar falhas, realizar adequações ou ajustes que forem percebidas como necessários pelos sujeitos envolvidos ao longo dos processos.

Para tanto, o desenvolvimento de terminologias padrão permite a recuperação de informações sobre determinado tema e ajuda a descrever, organizar e facilitar o acesso ao conhecimento sobre determinado tema. Ao organizar uma coleção de termos, ajuda-se a criar uma terminologia para áreas distintas. Dentro desse contexto, a avaliação de programas através de métodos quali ou quantitativos é atividade recente e contempla o agrupamento de vocábulos que possam constituir uma linguagem comum, identificada por meio das avaliações dos processos.<sup>7</sup>

Tais avaliações podem versar sobre a implantação ou mesmo o impacto de programas instituídos no âmbito da saúde, e o uso de descritores, neste sentido, pode contribuir ao estabelecer uma linguagem comum entre avaliações e permitir comparações positivas<sup>8</sup>, que visem à adequação de realidades ou mesmo a busca pelas melhores práticas em educação permanente, por exemplo.

Desta forma, este estudo foi desenvolvido com o objetivo de identificar descritores que contribuam para a avaliação de programas de

educação permanente na atenção básica.

## MATERIAIS E MÉTODOS

Pesquisa com abordagem quantitativa, que utilizou um método originário da *University of North Carolina*, denominado de Avaliação de Programas, cujas etapas consistem em: decomposição do programa a ser avaliado, denominada de Diagrama de Árvore; consulta a experts, denominada de Método do Júri; verificação da concordância entre os juízes; construção e aplicação do(s) instrumento(s); e, por fim, avaliação do desempenho. Essa metodologia tem como foco a avaliação de programas nas mais diversas áreas, avaliando seus componentes e suas variáveis, possibilitando comparações e estabelecimento de estratégias para a conservação ou melhoria de desempenho, além de reflexão sobre metas originais.<sup>9</sup>

Este método foi introduzido no Brasil por Spínola e Pereira, em 1977, para avaliação do Programa do Imposto de Renda Brasileiro. Por meio da literatura e de experiências pessoais, desenvolvia-se um mapa no formato de um diagrama de árvore, e incluía-se neste, os descritores ou palavras consideradas importantes para determinado processo. A seguir, este modelo era submetido a peritos para que avaliassem a pertinência de cada componente, bem como todo o processo e então, emitissem seu parecer sobre que termos eram concernentes ou não.<sup>10</sup>

A etapa denominada de Diagrama de Árvore consiste de decomposição do programa a ser

avaliado, de maneira amplamente detalhada, baseada na experiência dos pesquisadores, no aprofundamento teórico e, possivelmente, na consulta a especialistas ou peritos na área do conhecimento do programa, por meio de entrevistas em profundidade. Este universo de informações é que orientará a contextualização do fenômeno, por intermédio de várias perspectivas. Constrói-se, então, um diagrama, cujo objetivo é hierarquizar todos os aspectos apontados na decomposição do programa.<sup>9</sup>

A etapa seguinte é denominada de Método de Júri, em que a consulta a experts viabiliza cientificamente a construção e a avaliação de projetos. Os juízes serão pesquisadores da área do programa a ser avaliado, em número ímpar, e, considerando-se que cada componente do diagrama possui uma importância relativa, solicita-se aos juízes que avaliem com bases em múltiplos critérios. Cada juiz atribui um valor a cada variável, por meio de pesos que variam de um a cinco, em que o primeiro corresponde a importância muito baixa e o último, importância muito alta.<sup>9</sup>

Na terceira etapa, os pesquisadores avaliaram a concordância dos juízes com relação a cada componente, expressa pela unanimidade. Há a possibilidade de utilização de médias e medianas, quando não há esta concordância. A quarta etapa consistiu em, através do diagrama de árvore, construir e aplicar um instrumento para a coleta de dados. Este instrumento é formalizado com a utilização de escala Likert de um a 10. É

importante que se incluam no instrumento, questões abertas que permitam a evidência de particularidades percebidas pelos respondentes. Na quinta etapa, procede-se à avaliação do desempenho.<sup>9</sup>

Este estudo foi desenvolvido nos 11 municípios que compõem a 17ª Regional de Saúde do Estado de Santa Catarina. Conforme informação da Regional de Saúde havia 217 profissionais atuando nos 11 municípios da região, sendo 88 enfermeiros. Desses, foram entrevistados 85, representando 96,5% da população alvo do estudo. As entrevistas individuais com os enfermeiros iniciaram no mês de novembro de 2006 e encerram-se em março de 2007, incluindo um período denominado de 'reescopagem', quando as entrevistadoras retornaram aos locais tentando encontrar profissionais que, por algum motivo, na oportunidade da primeira visita não estavam presentes na unidade de saúde.

Para todas as etapas pertinentes ao método Avaliação de Programas, o número de sujeitos deste estudo foi assim organizado: peritos (01 médico, 01 enfermeiro e 01 dentista, todos com comprovada experiência na área), juizes (21 conhecedores da temática em estudo) e profissionais (85 enfermeiros das equipes da Estratégia de Saúde da Família).

O tempo médio para a realização da entrevista com os enfermeiros foi de 27 minutos, ficando o mínimo em 20 e o máximo em 80 minutos.

O estudo foi desenvolvido em etapas. A primeira etapa constou da delimitação dos descritores e seus componentes considerados importantes para avaliação do processo de educação permanente em Atenção Básica, sua organização em um 'diagrama de árvore' e sua validação pelos peritos; na segunda etapa estes descritores foram submetidos aos 21 juizes, que atribuíram pesos a cada um, numa escala de um a cinco (o peso 1 representa um valor "muito baixo"; o peso 2 é associado a um valor "baixo"; o peso 3 corresponde ao valor "mediano"; o peso 4 ao valor "alto"; e, finalmente, o peso 5 ao valor "muito alto").

Na terceira etapa foi verificada a concordância entre os juizes, que ocorre quando todos atribuem o mesmo peso ao mesmo descritor ou componente. Esta concordância não ocorreu com nenhum descritor e assim, entre as possibilidades que o método oferece, utilizou-se a mediana para estabelecer o valor do peso. O que foi consolidado pelos juizes orienta a quarta etapa, em que se elaborou um instrumento com todos os descritores detalhados, submetido a apreciação dos 85 enfermeiros.

O instrumento continha 33 questões e a escala para sua avaliação, do tipo Likert, variava de um a 10, sendo 01 correspondente à Avaliação totalmente negativa e 10, à Avaliação totalmente positiva. Além disso, foi reservado um espaço para depoimentos, visando captar aspectos subjetivos vinculados à temática e outras possíveis contribuições dos sujeitos.

Aos dados coletados junto aos 85 enfermeiros, foram aplicadas as equações que fazem parte da metodologia utilizada, classificando os valores obtidos para cada descritor foram classificados conforme a seguinte escala: entre 1 e 40 correspondem a 'região de fracasso', indicando a extrema fragilidade do descritor; entre 50 e 60 encontra-se a 'região de indefinição', que atribui ao descritor um desempenho intermediário; o sucesso é alcançado quando o descritor atingiu o patamar acima de 70, evidenciando a importância do mesmo.<sup>9</sup>

Todas as providências em relação à dimensão ética do estudo foram tomadas de acordo com a Resolução 196/9611, todos os sujeitos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIVALI, sob o protocolo número 46/2006.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Parte dos municípios encontra-se relação proporcional positiva entre o número de habitantes e o número de enfermeiros; o grupo entrevistado pode ser classificado como predominantemente constituído por adultos jovens; apesar do aparente aumento da procura pelos cursos de enfermagem de pessoas do sexo masculino, este fato ainda não repercutiu significativamente no contingente profissional (Tabela 1).

Verificou-se a tendência (82,35%) dos egressos permanecerem na área geográfica da Universidade que frequentaram, porém encontrou-se

alguma diversidade (17,65%) que contribui para evitar endogenia, enriquecendo a experiência de todos com as contribuições de cada um. Em relação ao tempo de formado, a média ficou em 85,8 meses, sendo o menor tempo de três meses e o maior de 312 (26 anos).

Os dados indicam que a Saúde da Família, estratégia privilegiada para consolidação do SUS, tem sido importante porta de entrada dos profissionais recém-formados no mercado de trabalho. Quanto ao tempo de atuação na ESF foram encontrados profissionais em seu primeiro dia de trabalho e outros se próximos de completar uma década, ficando a média em 3,7 anos. Esta variedade pode significar grande heterogeneidade de experiências e preparo, mas também ser considerada uma oportunidade de convívio e troca entre gerações, salutar, tanto para as pessoas, quanto para o trabalho que desenvolvem.

As respostas relativas ao número de capacitações realizadas pelos enfermeiros apresentaram ampla oscilação, pois foram desde 'nenhuma', até '+ de 60'. Esta variação pode ser atribuída ao fato de que grande parte dos entrevistados incluiu todas as atividades pedagógicas das quais participou. Ao analisarem a qualidade destas capacitações, apontou-se que 81 enfermeiros optaram qualitativamente entre Bom e Ótimo.

Os resultados alcançados através da efetivação das três primeiras etapas do estudo estão sintetizados na Figura 1, que permite compreender o

significado do Diagrama de Árvore. Este modelo hierarquizado de descritores representa os conceitos ou palavras-chave, elaborados pelos

pesquisadores e confirmado pelos peritos.<sup>10</sup> Já a quarta etapa, de consulta aos enfermeiros, está discriminada na sequência.

Tabela 1 - Caracterização dos enfermeiros entrevistados

Características	Distribuição											Total
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
Município*	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	11
Habitantes (mil)	53	11	51	21	13	13	168	9	36	12	98	485
Enfermeiros	10	04	09	02	04	04	24	03	07	04	14	85
Faixa Etária	20 a 30				31 a 40			41 a 50				85
	45				3			17				
Sexo	Masculino						Feminino					85
	02						83					
Universidade de Graduação	UNIVALI			UFSC			UFSM			OUTRAS		85
	70			02			02			11		
Tempo de Graduação	< 1 ano			1 a 10 anos			11 a 20 anos			21 a 30 anos		85
	3			64			14			4		
Tempo de Atuação no PSF	< 1 ano				1 a 5 anos			6 a 10 anos				85
	13				53			19				
Titulação	Graduação					Especialização			Mestrado			85
	28					53			04			
Capacitações	Nenhuma		1 a 20		21 a 40		41 a 60		+ de 60			85
	01		69		11		01		03			
Avaliação das capacitações	Não frequentou			Ruim ou regular		Boa		Muito boa		Ótima		85
	01			03		44		23		14		

\* Municípios: 1 - Camboriú; 2 - Ilhota; 3 - Navegantes; 4 - Penha; 5 - Piçarras; 6 - Porto Belo; 7 - Itajaí; 8 - Luiz Alves; 9 - Itapema; 10 - Bombinhas; 11 - Balneário Camboriú.

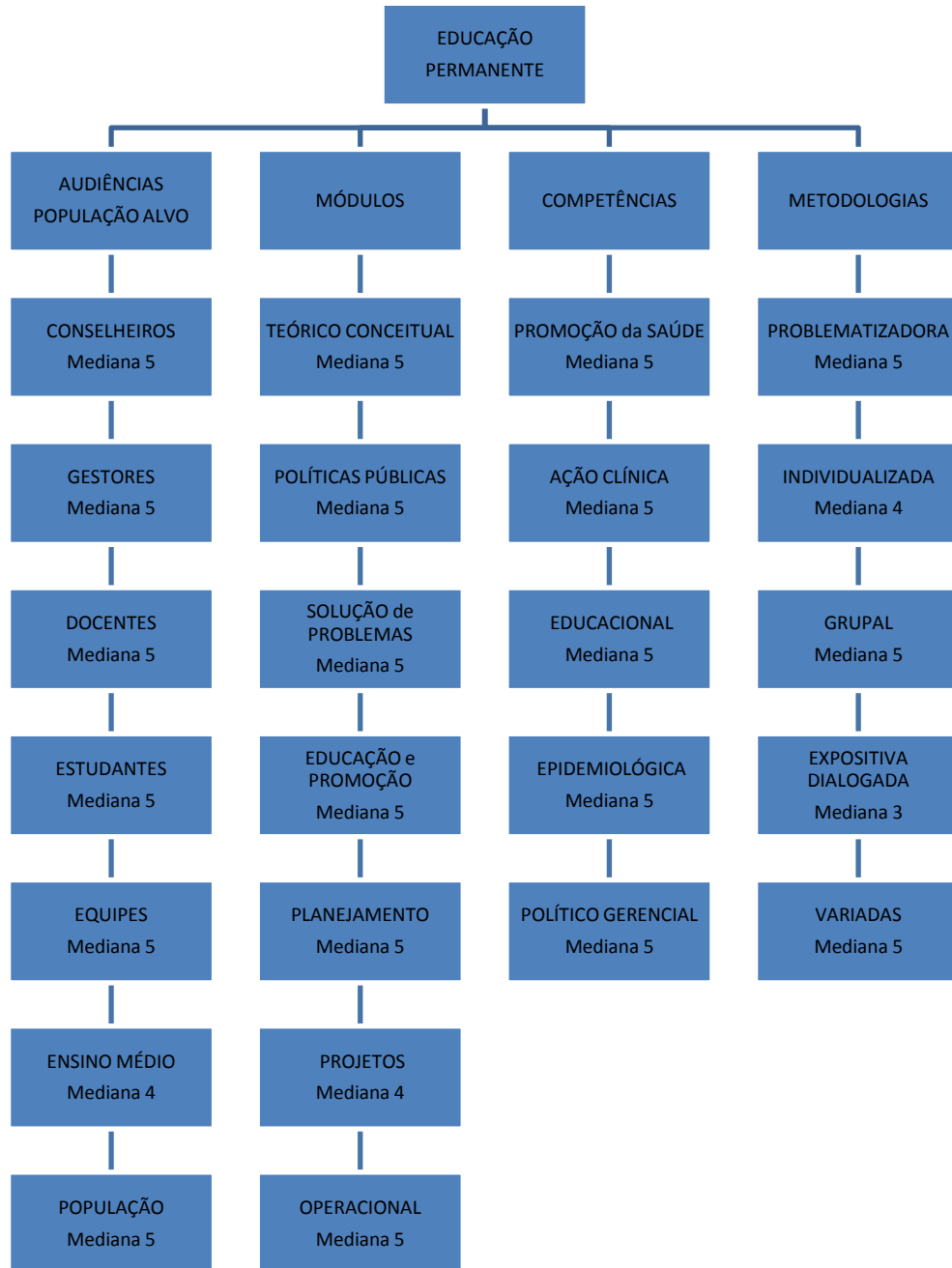


Figura 1 - Diagrama de Árvore - representação gráfica dos descritores e seus componentes inclui as medianas.<sup>10</sup>

A racionalidade que orientou a seleção dos descritores e seus componentes pode ser sintetizada na perspectiva de responder as seguintes questões: Para quem? O que? Por quê?

Como? A resposta da primeira questão focalizou a quem se destinam os processos de educação continuada. Os módulos incluíram os conteúdos e as experiências a serem desenvolvidas.



As competências resumiram os porquês através dos objetivos a serem alcançados. As formas metodológicas para desenvolvimento do processo foram incluídas.

O resultado da avaliação do desempenho de cada um dos descritores está apresentado nas Tabelas 2 e 3. Os dados da Tabela 2 podem ser considerados brutos e já

indicam a positiva avaliação dos entrevistados sobre os descritores estudados, pois todos concentraram as respostas nos valores entre 7 e 10, ou seja, a região de SUCESSO. A estes dados foram aplicadas às equações conforme descrição apresentada na metodologia. Os resultados estão especificados na Tabela 3.

Tabela 2 - Distribuição das respostas dos 85 enfermeiros da Atenção Básica conforme Descritores e Escala Likert de 1 a 10

DESCRITORES	ESCALA LIKERT									
	Região de Fracasso				Região de Indefinição		Região de Sucesso			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Audiências ou população-alvo	0	0	5	5	9	9	19	78	86	384
Módulos	0	0	0	2	8	4	19	61	113	388
Competências	0	0	0	2	1	3	7	35	82	295
Metodologias	5	3	3	4	13	14	36	45	88	214
TOTAL	5	3	8	13	31	30	81	219	369	1281

A aplicação das equações permitiu evidenciar detalhes de atribuição de maior ou menor valor, não somente aos descritores como a cada um de seus componentes, refinando os resultados, conforme pode ser visualizado na Tabela 3. A análise desta tabela requer, inicialmente, o registro de que tanto na unicidade do conjunto quanto na singularidade de cada componente, o índice de desempenho atingiu a região de sucesso. Mostra também coerência

entre a avaliação do descritor e do componente mais bem avaliado. Ou seja, o descritor com o melhor índice, inclui o componente mais bem avaliado, e assim sucessivamente.

Entre os descritores, o maior índice foi obtido por 'competências', com 9,52, sinalizando que os entrevistados estão sintonizados com o tempo atual, que coloca neste conceito, a orientação para o processo de qualificação e fortalecimento na formação de recursos humanos em

saúde competentes e comprometidos, conforme, por exemplo, as diretrizes curriculares para os cursos de graduação.<sup>12</sup> Coerentemente, o componente com melhor índice está vinculado a este descritor, ou seja, a competência epidemiológica recebeu a melhor avaliação. Acredita-se que este seja um dado que se articula em harmonia com a orientação atual das políticas públicas para o setor.<sup>2</sup> Apesar do alto valor recebido, a competência educacional foi a que ficou com o índice mais baixo neste descritor. Todavia, a dimensão educativa, que deve estar presente em todas as ações dos enfermeiros, foi afirmada neste resultado.

Na sequência, o descritor mais bem avaliado foi 'módulos', com índice de 9,38. Esse trata dos conteúdos e experiências necessárias ao desenvolvimento de competências profissionais baseadas em conhecimentos, habilidades e atitudes.<sup>10</sup> Educação e promoção da saúde foram considerados componentes mais importantes. Estes temas vêm se configurando como importante desafio para a atenção básica em saúde<sup>13-14</sup> e pode ser considerado como um dos nós críticos do processo de mudança do modelo assistencial.

A avaliação dos entrevistados no que concerne ao nível técnico e treinamento de mão de obra mais simplificada demonstram pouca importância quando colocam que as audiências ou população-alvo dos

processos de educação permanente devem priorizar as equipes, seguidas por gestores e docentes de saúde, deixando os estudantes de ensino médio na última posição. Todavia, como componentes das equipes, os profissionais de nível médio e agentes de saúde passam a integrar o contingente mais focalizado. Importante lembrar que a política de educação permanente inclui todas as audiências avaliadas neste estudo, mas as necessidades e os recursos disponíveis têm orientado para a concentração de esforços na capacitação das equipes e dos conselheiros.<sup>15</sup>

O descritor que focalizou as metodologias para operacionalização dos processos de educação permanente confirmou a problematização como método preferencial, em consonância com o que vem sendo enfaticamente pregado pelo Ministério da Saúde.<sup>16</sup> A aula expositiva, ideologicamente aderida à pedagogia tradicional, modelos centrados no professor, visando à eficiência técnica e transmissão do conhecimento que cultivam a competição e a fragmentação do saber foi o método mais rejeitado.<sup>17</sup> Todavia, o índice de 9,28 atribuído ao uso de metodologias variadas, ou seja, a indicação de não centrar no método a responsabilidade pelo sucesso ou não da aprendizagem, mas escolhê-lo conforme os objetivos e conteúdos parece muito bem colocado e didático.

Tabela 3 - Índice de Desempenho dos Descritores e seus Componentes

Descritores	Componentes	Índice de Desempenho
1. Audiências ou população-alvo Índice de Desempenho = 9,22	1.1 Conselheiros de saúde	9,11
	1.2 Estudantes de graduação	9,11
	1.3 Docentes da saúde	9,25
	1.3 Gestores da saúde	9,52
	1.4 Equipes PSF	9,65
	1.5 Estudantes ensino médio	8,69
	1.6 População	9,11
2. Módulos Índice de Desempenho = 9,38	2.1 Teórico-conceitual	9,10
	2.2 Políticas públicas	9,42
	2.3 Operacional-instrumental	9,35
	2.4 Solução de problemas	9,42
	2.5 Educação e Promoção da Saúde	9,69
	2.6 Planejamento e programação	9,16
	2.7 Construção de projetos	9,60
3. Competências Índice de Desempenho = 9,52	3.1 Epidemiológica	9,72
	3.2 Ação clínica	9,47
	3.3 Político-gerencial	9,40
	3.4 Educacional	9,36
	3.5 Promoção da saúde	9,65
4. Metodologias Índice de Desempenho = 8,90	4.1 Problematicadora	9,52
	4.2 Individualizada	8,34
	4.3 Grupal	9,12
	4.4 Expositiva	7,58
	4.5 Variada	9,28

## CONCLUSÕES

Os dados sistematicamente coletados e analisados evidenciaram a procedência do conteúdo desta proposta. A avaliação dos 85 enfermeiros consolidou um conjunto de descritores e seus componentes, que podem subsidiar os projetos de educação permanente, em especial, aqueles orientados para o fortalecimento da Atenção Básica no Brasil.

Ao discutir a quem se destinam (população-alvo), a importância da definição dos conteúdos e experiências (módulo), as capacidades a serem desenvolvidas (competências) e as formas como podem se dar as atividades (metodologias) depreende-se que os processos educativos a lógica da Educação Permanente deve privilegiar a forma e o conteúdo visando atingir resultados palpáveis na prática assistencial dos enfermeiros.

A educação permanente e os processos educativos em saúde intencionam favorecer a transformação das atividades e o entendimento que os sujeitos possuem do processo e da assistência, criando condições para discutir, aprimorar e transformar o espaço do trabalho.

A possibilidade de pensar estratégias e propor atividades com base em avaliações qualiquantitativas de descritores significativos para a Educação Permanente favorece a ampliação da reflexão crítica. Os participantes deste estudo, na compreensão e definição dos descritores, promoveram um espaço

de discussão coletiva e de possibilidades de mudança na prática cotidiana da Atenção Básica, a fim de produzir cuidados integrais.

Neste horizonte emancipatório, percebe-se que a necessidade de criar e manter atividades de Educação Permanente que sejam significativas se faz presente, bem como a apropriação crítica e reflexiva do trabalho, na perspectiva da clínica ampliada.

A investigação avaliativa de programas, metodologia utilizada neste estudo para destacar descritores relevantes para os programas de Educação Permanente na Atenção Básica, procurou evidenciar a contribuição de uma avaliação quantitativa, através de valores numéricos.

As limitações deste estudo vinculam-se ao fato da coleta de dados ter-se realizado especificamente com os profissionais enfermeiros, e por ter se delimitado a uma regional de saúde do estado de Santa Catarina. Todavia, os descritores aqui apresentados podem ser utilizados como fundamento para a orientação dos processos de educação permanente direcionada aos profissionais da área da saúde que atuam na Atenção Básica observando e adaptando-os as características regionais. Ressalta-se a necessidade de pesquisas da mesma natureza em outras regiões do país e também do Estado, para ampliar a análise destes descritores e do processo de educação permanente a partir de profissionais de que vivenciam outras realidades e também de outras categorias de

profissionais que estão inseridos no processo de trabalho da Atenção Básica.

## REFERÊNCIAS

1. Lorenzetti J, Trindade LL, Pires DEP, Ramos FRS. Tecnologia, inovação tecnológica e saúde: uma reflexão necessária. *Texto & contexto enferm.* 2012;21(2):432-9.
2. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007: Diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília; 2007.
3. Santos ER, Lanza LMB, Carvalho BG. Educação Permanente em Saúde: a experiência do serviço social com equipes saúde da família. *Textos & Contextos (Porto Alegre)*. 2011;10(1):16-25.
4. Bernheim CT. La educación permanente y su impacto en la educación superior. *Revista Iberoamericana de Educacion Superior*. 2010;1(1):120-133.
5. Abbritti G, Bertazzi PA, Murgia N, Tinozzi C, Apostoli P. Permanent education, updating and accreditation in occupational medicine: the contribution of the Italian Society of Occupational Medicine and Industrial Hygiene (SIMLII) in the first decade of the 21st century. *Med lav.* 2011;102(3):227-42.
6. Batista KBC, Gonçalves OSJ. Formação dos profissionais de saúde para o SUS: significado e cuidado. *Saude soc.* 2011;20(4):884-99.
7. Castro E. Terminologia, palavras-chave, descritores em saúde: qual sua utilidade? *Jornal Brasileiro de AIDS.* 2001;2(1):51-61.
8. Lopes ALM, Silva SA, Castro DFA, Bógus CM, Fracoli AL. Avaliação de programas, serviços e tecnologias na perspectiva da promoção da saúde: uma reflexão teórica. *Rev bras promoc saude.* 2013;26(4):590-94.
9. Saube R, Viana SBP, Amaral IM. Investigação avaliativa de programas: releitura de uma metodologia. *Ciênc cuid saude.* 2007;6(1):126-32.
10. Saube R, Cutolo LRA, Sandri JVA. Avaliação do processo de educação permanente em atenção básica. *Trab educ saude.* 2007;5(3):433-52.
11. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196, de 10 de outubro de 1996: Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília; 1996.
12. Fernandes JD, Rebouças LC. Uma década de diretrizes curriculares nacionais para a graduação em enfermagem: avanços e desafios. *Rev bras enferm.* 2013;66(spe):95-101.
13. Marques CMS, Egry EY. As competências profissionais em saúde e as políticas ministeriais. *Rev esc enferm USP.* 2011;45(1):187-93.
14. Fernandes MCP, Backes VMS. Educação em saúde: perspectivas de uma equipe da estratégia saúde da família sob a óptica de Paulo Freire. *Rev bras enferm.* 2010;63(4):567-73.
15. Haddad AE. A enfermagem e a política nacional de formação dos profissionais de saúde para o SUS. *Rev esc enferm USP.* 2011;45(spe2):1803-9.

16. Guimaraes EMP, Martin SH, Rabelo FCP. Educação permanente em saúde: reflexões e desafios. Cienc enferm. 2010;16(2):25-33.

17. Backes DS, Marinho M, Costenaro RS, Nunes S, Rupolo I. Repensando o

ser enfermeiro docente na perspectiva do pensamento complexo. Rev bras enferm. 2010;63(3):421-6.

Publicação: 2014-06-30

Data da submissão: 2013-10-18

Aceito: 2014-02-22