
IMPLICAÇÕES DA EDUCAÇÃO PERMANENTE NO PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE

Implications of continuous education in health work process

Ana Zoé Schilling da Cunha¹, Maristela Soares de Rezende², Leni Dias Weigelt¹, Suzane Beatriz Frantz Krug¹, Andréia Ivete Feil³

-
1. Doutor(a) do Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde da Universidade de Santa Cruz do Sul/RS.
 2. Mestre do Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde da Universidade de Santa Cruz do Sul /RS.
 3. Acadêmica de Enfermagem pela Universidade de Santa Cruz do Sul /RS.

► **CONTATO:** Ana Zoé Schilling da Cunha | Rua Liberato Salzano Vieira da Cunha, nº 475 | CEP 96.820-110 | Santa Cruz do Sul, RS | E-mail: anazoe@unisc.br

Esta pesquisa teve financiamento do bolsista por meio da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul (FAPERGS).

Resumo

A criação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) amplia a possibilidade dos trabalhadores de incrementar melhorias nas intervenções realizadas na comunidade, como também na equipe de trabalho. O objetivo do estudo é investigar entre as atividades dos trabalhadores da saúde aquelas relacionadas à PNEPS, se as atividades desenvolvidas têm relação com as ações da Educação Permanente em Saúde (EPS) e se os trabalhadores de saúde relacionam suas atividades com a política de EPS. Trata-se de um estudo de cunho qualitativo, envolvendo 113 trabalhadores da saúde dos 13 municípios pertencentes à 13ª Coordenadoria Regional de Saúde - RS. Para a coleta de dados utilizou-se um questionário que permitiu a expressão livre sobre os temas abordados. O método de análise utilizado foi a análise de conteúdo, em que emergiram quatro categorias: atividades de EPS desenvolvidas pelos trabalhadores, EPS como estratégia facilitadora do processo de trabalho, dificuldades no cotidiano dos trabalhadores e sua relação com a necessidade de EPS e EPS como proposta de aprimoramento do processo de trabalho. Constatou-se, que os trabalhadores não identificam ações de EPS nas suas atividades diárias voltadas principalmente à especificidade profissional. As capacitações foram citadas como fator facilitador para o processo de trabalho e a falta destas, como dificultador. Conclui-se que há lacunas importantes na implantação dessa política, principalmente com a utilização de metodologias diferenciadas, visando à integralidade, respeitando as necessidades de trabalhadores, permitindo-lhes autonomia, imprescindível para melhorar a atuação na Atenção Básica de Saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Educação em saúde. Trabalho em saúde. Educação permanente.

Abstract

The creation of the Brazilian Policy for Continuous Education in Health Care (PNEPS) increases the possibility of workers to increase improvements in interventions performed in the community, as well as in the work team. The objective of the study is to investigate, among the activities of health care workers, those related to the PNEPS, in order to find whether the activities developed are related to the actions of the Continuing Education in Health Care (EPS) and if the health care workers relate their activities to the EPS policy. This is a qualitative study involving 113 health care workers from 13 cities from the 13th Regional Health Coordination – state of Rio Grande do Sul. To collect data, we used a questionnaire that allowed free expression on the topics covered. The analysis method used was content analysis, where four categories emerged: EPS activities undertaken by workers, EPS as a facilitating strategy of the work process, difficulty in daily life of workers and their relation to the need for EPS, and EPS as a proposal of improvement of the work process. It was found that workers do not identify EPS actions in their daily activities primarily focused on profession specificity. The trainings were cited as a facilitating factor for the work process, and their lack as a problem. It is concluded that there are important gaps in the implementation of this policy, especially regarding the use of different methodologies, aiming at completeness, respecting the needs of workers, allowing them autonomy, which are essential to improve the performance of Primary Health Care.

KEYWORDS: Health education. Health work. Continuing education.

Introdução

Os modelos de organização do trabalho e de atenção à saúde necessitam frequentemente de reavaliações e planejamento adequados às necessidades da comunidade¹. O Ministério da Saúde propôs um processo de formação dos profissionais de saúde para garantir uma oferta efetiva e significativa de cursos de formação técnica, de qualificação e de especialização tanto para o conjunto dos profissionais da saúde, quanto para diferentes segmentos da comunidade².

Ao repensar as políticas públicas na área dos trabalhadores de saúde, a Secretaria de Gestão, Trabalho, Educação em Saúde procura qualificar estes trabalhadores, sujeitos essenciais para a efetivação de mudanças no trabalho. Esses profissionais precisam manter capacidade de diálogo com grupos sociais, usuários e com a própria equipe de trabalho, buscando atender suas diversas necessidades. Destaca-se, neste âmbito, a elaboração da Educação Permanente em Saúde (EPS) do Ministério da Saúde por meio da Portaria nº 198/GM/MS em 13 de fevereiro de 2004, que instituiu a Política Nacional de Educação

Permanente em Saúde (PNEPS) como estratégia do Sistema Único de Saúde (SUS) para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências². Nessa mesma vertente, a Política Nacional de Humanização (PNH) também, em suas diretrizes, faz referência à valorização dos diferentes sujeitos, implicados no processo de produção de saúde, e incentiva a sua autonomia e protagonismo³.

Com a PNEPS, os municípios ficaram responsáveis pelo planejamento e execução de ações junto aos trabalhadores em saúde. Para tanto, os recursos financeiros são repassados regular e automaticamente para os fundos Estaduais e Municipais. Esta condição possibilita que as ações referentes à formação e ao desenvolvimento dos trabalhadores do Sistema Único de Saúde possam se aproximar das necessidades e realidades cotidianas de atuação junto à comunidade⁴. Assim, os municípios têm implantado a EPS, utilizando diferentes estratégias, como capacitações, reuniões, grupos, oficinas. Conforme informações da 13ª Coordenadoria Regional de Saúde do Estado do Rio

Grande do Sul (13ª CRS-RS), a Política foi implantada em 2005, e tem sido implementada gradativamente nos 13 municípios de sua abrangência desde esta data. O objetivo deste estudo é investigar as implicações da EPS, no processo de trabalho em saúde, sob a ótica dos trabalhadores no âmbito da 13ª CRS-RS.

Método

Este estudo é de cunho qualitativo e integra a pesquisa “O processo de gestão do trabalho e de Educação Permanente em saúde dos trabalhadores que atuam no SUS, no âmbito da 13ª Coordenadoria Regional de Saúde/RS (CRS/RS)”, desenvolvida desde 2012 por bolsistas e pesquisadores do Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde (GEPS) da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC). A abordagem qualitativa possibilita a interação com o grupo de sujeitos a ser investigado, bem como conhecer o contexto em que está inserido, ou seja, permite uma investigação em campo, a qual proporciona dados ricos em detalhes. Acrescenta-se também que, por meio desta metodologia, são destacadas as informações que refletem o valor que os sujeitos atribuem aos fatos que vivenciam⁵. Os trabalhadores da saúde responderam um questionário, constituído de 13 questões abertas, permitindo a livre expressão quanto ao tema, e 20 questões fechadas, para as quais se utilizou o apoio do programa SPSS 2.0 na organização dos dados. Estes subsídios contribuíram para reconhecimento do contexto estudado e permitiram fortalecer informações subjetivas dos sujeitos⁵.

Os locais de desenvolvimento do estudo foram os municípios da região de abrangência da 13ª CRS-RS, constituída por: Santa Cruz do Sul, Venâncio Aires, Vera Cruz, Rio Pardo, Candelária, Vale do Sol, Vale Verde, Passo do Sobrado, Gramado Xavier, Herveiras, Mato Leitão, Sinimbu e Pântano Grande.

Conforme informações emitidas pelas Secretarias Municipais de Saúde, atuam, nesta região, 1.940 trabalhadores. Para a constituição da amostra a partir deste total de sujeitos foi utilizado o cálculo de amostragem probabilística⁶. Obteve-

se um quantitativo de 322 sujeitos, conferindo um grau de confiabilidade de 95%. A população do estudo envolveu profissionais de saúde com nível superior, médio, incluindo os serviços de apoio, administrativo e chefias. A inclusão dos sujeitos se deu por um sorteio aleatório a partir do cadastro destes profissionais junto aos municípios, observado igual percentual de trabalhadores de acordo com o cargo que desempenhavam. Sete destes sujeitos optaram por não participar e 15 trabalhadores não foram encontrados no local de trabalho, devido às férias, afastamento ou ausências por motivos particulares. Portanto, participaram da pesquisa 300 (93,2%) trabalhadores.

A partir destes sujeitos selecionados pela pesquisa na qual este estudo integra, utilizaram-se os seguintes critérios para a inclusão de sujeitos no presente estudo: Trabalhadores que citaram os termos curso, capacitação, palestra, orientação, reuniões, qualificação, especializações e informações quando do preenchimento das questões abertas do instrumento de coleta de dados. Enfim, palavras que estabelecessem, segundo as autoras, alguma relação com a EPS em seu cotidiano de trabalho. Assim, após a verificação das respostas às questões, foi possível identificar que apenas 113 (37,6%) sujeitos se incluíam nestes critérios, sendo, portanto, considerados para este estudo especificamente.

Para o processo de coleta de dados foram agendadas visitas aos municípios, no período de março a junho de 2013, reunindo os trabalhadores selecionados e apresentando um questionário. Antes de respondê-lo, os sujeitos foram informados quanto ao objetivo, justificativa e metodologia do estudo. A seguir foi-lhes apresentado para assinatura o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Cabe destacar que este estudo primou pelos princípios éticos, respeitando a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisa com seres humanos. Nesse sentido, foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Santa Cruz do Sul sob protocolo número 3054-11.

Para análise dos dados utilizou-se o método de análise de conteúdo⁸. Na pré-análise, realizou-se a leitura flutuante junto aos dados coletados, buscando

os enunciados dos sujeitos, selecionando aqueles relacionados à EPS. Na exploração dos dados, estruturou-se um quadro que permitiu estabelecer uma relação entre eles. A partir dessa etapa, foram definidas categorias léxicas, que, segundo Bardin⁷, organiza os dados, utilizando significado, sinônimos e sentidos próximos entre eles na busca dos objetivos do estudo. Em seguimento, a análise se deu à luz de referenciais teóricos e, principalmente, a partir dos pressupostos da PNEPS.

Resultados

Os resultados encontrados foram estruturados nas seguintes categorias: Atividades de EPS desenvolvidas pelos trabalhadores; a EPS como estratégia facilitadora do processo de trabalho; dificuldades no cotidiano dos trabalhadores e sua relação com a necessidade de EPS; e a EPS como proposta de aprimoramento do processo de trabalho.

1. Atividades de EPS desenvolvidas pelos trabalhadores

Foram investigadas as atividades desenvolvidas no trabalho diário dos sujeitos para identificar aquelas relacionadas à EPS. Nos diversos municípios, os profissionais de saúde apontaram atividades pertinentes à EPS, embora se tenha percebido que eles não as classificavam diretamente como pertencentes a esta política.

No entanto, salienta-se que, nos relatos desses profissionais que ora estão na posição de educadores e ora de educandos, foram observadas atividades que se configuram em duas subcategorias: Educação para o Trabalho em Saúde e Educação para a Saúde da Comunidade.

Quanto às atividades relacionadas à Educação para o Trabalho em Saúde, destaca-se que apenas 15 (13,3%) foram pontuações especificamente de reuniões e capacitações como EPS para o desenvolvimento do trabalho. Ao referirem-se às reuniões, os trabalhadores explicitaram de forma distinta que estas aconteceram nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou com as equipes ou com outros grupos de trabalhos.

No que diz respeito à Educação para a Saúde da Comunidade, 37,6% das citações foram relacionadas à EPS, tais como a realização de grupos com pacientes, orientações sobre diversas temáticas, reuniões ou palestras em escolas, em comunidade e em outras instituições e ainda capacitações para outros grupos.

As atividades realizadas pelos profissionais de saúde e consideradas por eles como EPS estão apresentadas na Tabela 1, numa distribuição por categoria profissional como Agentes Comunitários de Saúde, Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem (Nível Médio na Enfermagem), Médico e demais profissionais. Importante lembrar que foram consideradas as diversas citações sobre atividades relacionadas à EPS e não o número de sujeitos.

Tabela 1. Atividades relacionadas à Educação Permanente em Saúde desenvolvida pelos trabalhadores de saúde da 13ª Coordenadoria Regional de Saúde – RS.

Atividades relacionadas à EPS	Categoria Profissional					Total n (%)
	ACS n (%)	Enfermeiro n (%)	Nível médio enfermagem n (%)	Médico n (%)	Demais profissionais n (%)	
Grupo	17 (35)	7 (14)	4 (8)	4 (8)	17(35)	49 (27)
Reuniões	6 (40)	2 (13)	3 (20)	-	4 (27)	15 (8)
Orientações	21 (75)	1 (3,5)	5 (18)	-	1 (3,5)	28 (16)
Capacitações	3 (37,5)	-	1 (12,5)	1 (12,5)	3 (37,5)	8 (5)
Palestras	5 (36)	-	-	4 (28)	5 (36)	14 (8)
Visita Domiciliar	41 (63)	7 (11)	6 (9)	3 (5)	8 (12)	65 (36)

Fonte: dados da pesquisa (2012).

Os trabalhadores, neste estudo, demonstraram considerar a visita domiciliar (VD) um importante momento para desenvolver educação em saúde. Além disso, foi possível constatar que quem mais apontou a VD foram Agentes Comunitários de Saúde:

“Vou às casas das pessoas para acompanhar, orientar, encaminhar as pessoas que necessitam levando informações que nos são passadas” (Agente Comunitário de Saúde 4).

“Através das visitas domiciliares levo informações sobre saúde, tiramos dúvidas sempre que possível e através do vínculo afetivo recriamos, procuramos sempre ajudar ou encaminhar” (Agente Comunitário de Saúde 21).

“Visita domiciliar, orientação, faço pesagem, oriento sobre vacinas, CP, HAS, Diabetes, DME, higiene, faço cadastro, orientações pré-natal, puericultura, participo de ginástica, formação de grupos, artesanato, coral, teatro” (Agente Comunitário de Saúde 14).

Outros integrantes da equipe citaram a VD em menor escala. Os demais trabalhadores considerados neste estudo, tais como motorista, agente administrativo e gestor, não mencionaram atividades de EPS, talvez por não fazerem parte de suas atribuições rotineiras.

Ainda quanto à educação para a saúde da comunidade, a realização de grupos também foi ressaltada. Nesse sentido, verificou-se que estes sujeitos organizavam e realizavam grupos considerados de educação para a saúde, tais como o de diabéticos, hipertensos, adolescentes, gestantes, idosos e de familiares. Essa atividade, no entanto, geralmente é desenvolvida por profissionais de nível superior como enfermeiros, médicos, nutricionistas e outros.

Outra forma de educação para a saúde bastante pontuada pelos trabalhadores foram as orientações junto aos usuários do serviço. Estas eram referidas associadas aos termos “promoção da saúde” e “prevenção de doenças”. Considerou-se como orientação também quando os trabalhadores citavam as expressões “informações sobre saúde ou sobre doenças”, “aconselhamentos” e “esclarecimento de dúvidas”. A atividade “palestras” também foi

considerada e os trabalhadores mencionaram que estas eram realizadas normalmente em escolas e em grupos específicos.

2 – EPS como estratégia facilitadora do processo de trabalho.

Este estudo também trouxe à discussão o processo de trabalho de modo que tornou possível relacionar atividades diárias com a participação em atividades de EPS.

Em seis municípios não foram citadas atividades de EPS e nos outros sete municípios, a EPS foi citada de forma muito sutil quando os trabalhadores mencionaram cursos realizados, reuniões temáticas, qualificação da equipe, informação, conhecimento, capacitações, entre outros. Logo, a EPS foi pouco identificada como facilitadora do processo de trabalho.

Num dos municípios de maior porte, os trabalhadores, principalmente ACS, referiram as capacitações recebidas como importantes e facilitadoras do desempenho de atividades. Profissionais de nível superior também referiram que uma equipe qualificada, cursos realizados e capacitações mensais são ações facilitadoras das atividades profissionais.

Verificou-se que as capacitações foram mencionadas pelos trabalhadores em uma frequência maior (32%), incluindo, neste item, as capacitações temáticas ou as eventuais ou mesmo as mensais feitas em alguns municípios. O conhecimento adquirido durante a formação ou advindo de experiências ou cursos foi referido num total de 29%, principalmente por enfermeiros, psicólogos e médicos, sendo considerados como facilitadores do desempenho das atividades. E ainda, a qualificação profissional, que aparece como sendo outro fator facilitador de desempenho, foi encontrada em 16% das citações. Além destes fatores, as informações, reuniões, cursos e especializações na área de atuação também foram referidos, como apresentado na Tabela 2.

Alguns trabalhadores ainda mencionaram, de forma menos frequente, fatores que também facilitam o desenvolvimento de seu trabalho, tais como a infraestrutura, relacionamento interpessoal,

Tabela 2. Atividades facilitadoras do desempenho dos trabalhadores

Atividades facilitadoras	Total n (%)
Reuniões	2 (4)
Cursos	4 (7)
Capacitações	18 (32)
Qualificação	9 (16)
Conhecimento	16 (29)
Especializações	3 (5)
Informações	4 (7)

Fonte: dados da pesquisa (2012).

organização do trabalho e o trabalho em equipe, ou seja, questões que direta ou indiretamente têm relação com a EPS.

3 – Dificuldades no cotidiano dos trabalhadores e sua relação com a necessidade de EPS.

Ainda em relação ao processo de trabalho foram mencionadas 34 dificuldades relacionadas à falta de ações de EPS. Assim, considerando-se essas citações, a dificuldade mais citada foi quanto à falta de capacitações (23%), seguida da falta de qualificação (18%) e falta de incentivo para o aprimoramento de suas atividades (17%) conforme apresentado na Tabela 3.

Entende-se que as referências às capacitações têm relação também com treinamentos e cursos. Da mesma forma, quando citam qualificação, estão incluídos os aperfeiçoamentos e especializações profissionais. Verificou-se que a falta de incentivo – expresso também como falta de recursos financeiros ou de materiais e, ainda, a disponibilidade ou dispensa para participar em eventos que lhes favoreçam o desenvolvimento de suas atividades – permeia a fala de muitos desses trabalhadores.

“Falta de material como: tesoura para retirada de pontos não cortam, alguns estão enferrujados, espaço físico do local de trabalho não suporta o número de pacientes, falta de material burocrático

Tabela 3. Dificuldades no cotidiano dos trabalhadores relacionadas à EPS.

Dificuldades no cotidiano	Total n (%)
Comunicação	1 (3)
Falta de cursos	3 (9)
Poucas capacitações	8(23)
Reduzido número de reuniões	1 (3)
Falta de informações	3 (9)
Pouco incentivo	6 (17)
Recursos financeiros escassos	3(9)
Falta incentivo à especialização	3 (9)
Falta de qualificação	6 (18)

Fonte: dados da pesquisa (2012).

(canetas, etc...), móveis do local estão em péssimo estado, constantes trocas de recepcionista nos postos de saúde o que acaba prejudicando o serviço”. (Técnica de Enfermagem 5)

Os sujeitos manifestaram ainda a necessidade de mais informações, de reuniões e de melhorias na comunicação entre trabalhadores para a superação das dificuldades no cotidiano do seu trabalho.

“Gostaria de ter mais autonomia no trabalho, não precisar sempre da ‘autorização da secretaria de saúde’. Também a falta de comunicação/reuniões com os colegas”. (Enfermeiro 1)

4. EPS como proposta de aprimoramento do processo de trabalho.

Os trabalhadores foram questionados sobre as atividades que poderiam aprimorar seu processo de trabalho. Considerando a frequência das sugestões mencionadas, temos que a estrutura e as condições de trabalho foram as principais necessidades (36%), seguidas de capacitações (23%), qualificações (10%) e participação em cursos (8%) conforme a Tabela 4. Neste sentido, mencionaram a

necessidade de maiores incentivos por parte dos gestores, tanto financeiros quanto em termos de oferta, além de acesso às capacitações e cursos como ações importantes para aprimoramentos no trabalho. Além disso, apresentaram como sugestão de melhorias, em menor frequência, a realização de mais reuniões, tanto de equipe quanto gerais, treinamentos específicos por área, EPS, informações e palestras.

Foi possível perceber que os trabalhadores sentem necessidade de mais capacitações, cursos e qualificações, mas estas normalmente são direcionadas a temas mais amplos, em geral, sob forma de palestras, oferecendo ao trabalhador a

Tabela 4. Sugestões para aprimoramentos no processo de trabalho

Sugestões	Total n (%)
Reuniões	7 (4)
Cursos	12 (8)
Capacitações	36 (23)
Qualificação	16 (10)
Palestra	1 (1)
Educação permanente	3 (2)
Treinamentos	8 (5)
Investimentos	10 (6)
Informações	4 (3)
Especificidades	3 (2)
Estrutura e Condições de trabalho	56 (36)

Fonte: dados da pesquisa (2012).

oportunidade de reflexão. Porém, no cotidiano de seu trabalho, as demandas tendem a ser específicas e pontuais na maioria das vezes.

Por outro lado, os trabalhadores apontaram a melhoria da estrutura física e das condições de trabalho como importantes para a realização de suas atividades, considerando neste item o fornecimento de materiais, espaço físico, equipamentos, EPIs, condução, recursos humanos, informatização e desburocratização.

A Educação Permanente em Saúde, como possibilidade de melhorias para o desenvolvimento das ações, foi pontuada apenas em 3,2% das citações feitas pelos sujeitos considerados neste estudo.

Discussão

As atividades de EPS possibilitam transformações das práticas técnicas e sociais dos envolvidos na atenção à saúde. Há preocupação com os problemas encontrados nas ações cotidianas dos serviços, objetivando uma transformação no trabalho e suscitando comprometimento de todos os envolvidos no processo para o desenvolvimento da equipe de saúde e do indivíduo.

A educação permanente visa ampliar a competência do profissional a fim de que este consiga, de forma autônoma, solucionar determinadas situações encontradas no seu cotidiano⁴. Entende-se que para atingir este

objetivo, o trabalho deve ser permanente junto ao profissional, possibilitando a reflexão deste sobre a sua atuação e incentivando a gestão de suas ações com uma postura ética e política, por meio da construção de seu conhecimento.

No que se refere às práticas pedagógicas para o desenvolvimento das ações de EPS, estas devem estar focadas na resolução de problemas, com supervisão dialogada e oficinas de trabalho realizadas, preferencialmente, no próprio ambiente de trabalho e de forma sistemática, consolidando o desenvolvimento do SUS.

Neste contexto, reuniões podem ser entendidas como espaços para tomar ciência da realidade, investigar dificuldades, fortalecer ações e informar quanto a novas práticas⁹. Esses eventos ocorrem mais frequentemente entre os profissionais que exercem atividades gerenciais, tais como os enfermeiros e médicos¹⁰. Entretanto, os resultados ora apresentados apontaram que a participação em reuniões é mais referenciada por outros profissionais como os ACSs. Cabe lembrar que dentre as atividades pertinentes a estes agentes está a participação nas reuniões sistemáticas de equipe.

Sabe-se que a PNEPS enfatiza a necessidade do trabalhador participar de capacitações, sejam elas sob forma de palestras, cursos ou outros eventos dessa natureza, que têm a finalidade de aprofundar os conhecimentos do trabalhador, bem como instrumentalizá-lo para enfrentar os problemas do seu cotidiano de trabalho. Contudo, é imprescindível compreender que nem todas as capacitações têm características de educação permanente, pois, mesmo que tenham nuances de melhoria do desenvolvimento do trabalhador, podem não expor parte substantiva de uma estratégia de mudança institucional⁴.

As visitas domiciliares, os grupos de educação para a saúde e as orientações também são instrumentos importantes para a saúde nas comunidades e têm como objetivo desenvolver junto ao usuário a autonomia para o cuidado com sua saúde, fazendo com que ele tenha, cada vez mais, responsabilidades em relação às condições de saúde, tanto individuais quanto de sua família ou comunidade.

A visita domiciliar é, entre as atribuições do ACS, aquela que mais se destaca. Haja vista que nesse momento são levantadas as necessidades das famílias, bem como é realizado o acompanhamento às famílias cadastradas¹¹.

O Ministério da Saúde¹² reforça que é importante o desenvolvimento de ações educativas que possam auxiliar na compreensão por parte da população, do processo saúde-doença, bem como desenvolver nestes indivíduos a autonomia sobre o seu autocuidado, considerando o individual e o coletivo. Desta forma, o desenvolvimento de grupos também faz parte de uma estratégia para a educação em saúde, porém, ainda carece de uma ampliação na demanda de abordagens e metodologias.

Partindo deste pressuposto, há necessidade de se repensar os sentidos dos grupos ou a forma como estão sendo realizados e, principalmente, pensar nas demandas por qualificação dos profissionais neste aspecto, uma vez que estes têm conduzido os grupos apenas para o controle sanitário da população e muito pouco para a promoção de saúde da coletividade^{13,14}.

Sabe-se que, de uma forma mais geral, grupos, visitas ou orientações organizadas por profissionais de saúde, muitas vezes, têm uma patologia como tema de discussão e, conseqüentemente, as questões sobre promoção de saúde são colocadas em segundo plano. Este fato torna a educação para a saúde reducionista, ou seja, limitada à doença e não há a compreensão da promoção de saúde tal como um campo de atuação importante de cada cidadão. Estes grupos deveriam ter como finalidade proporcionar o empoderamento dos sujeitos e responsabilizá-los por mudanças nas condições de saúde¹⁵.

Acrescenta-se ainda que grupos devem ser considerados como espaços com potencial para a construção de novas formas de cuidado à saúde, pois devem proporcionar discussões e análises conjuntas visando a prática, por meio de encontros e discussões coletivas, mudança de atitudes desejadas para a promoção de saúde^{16,17}.

Por meio dos resultados apresentados, percebe-se a existência de uma gama de atividades de EPS em desenvolvimento nesta região enquadrando

as diversas classes profissionais, no entanto, percebe-se que estas atividades, frequentemente, são realizadas individualmente, o que pouco pode auxiliar na interação de toda a equipe e na autonomia do sujeito em seu cotidiano de trabalho. Esses programas não têm repercutido de forma efetiva, então, a EPS, tal como está concebida na política pública, vem preencher essa lacuna, propondo programas de educação em serviço com metodologia pedagógica dialogada e participativa, na qual o trabalhador pode refletir frente às discussões e suas práticas habituais. Cabe destacar que, entre os objetivos da EPS, está o de manter o sujeito atualizado quanto às suas práticas profissionais, mas transcendendo o ambiente e o processo de trabalho. É considerado como fundamental que a gestão do conhecimento e a do trabalho se processem conjuntamente¹⁸. O trabalhador de serviços de saúde convive, frequentemente, com práticas educativas, como capacitações, reuniões e cursos, porém estas, em geral, utilizam uma metodologia que, dificilmente, envolve toda a equipe de trabalho, sendo fragmentada e verticalizada, caracterizando-se como Educação Continuada, cujo caráter é pontual e individualizado.

A EPS propõe uma prática pedagógica diferente e coerente com as necessidades dos serviços que é a educação em serviço. Desta forma, os trabalhadores têm oportunidade de aprender, discutir casos, ações e condutas de acordo com os objetivos do serviço, da situação ou problema apresentado, visando qualidade e resolutividade na prestação do serviço de saúde.

Os trabalhadores de saúde da região estudada apontaram algumas dificuldades no seu cotidiano de trabalho que permitiram traçar uma relação direta com as necessidades de EPS. Tais dificuldades dizem respeito ao preparo do profissional para o exercício diário concedendo-lhe maior autonomia.

Estudos sobre esta temática também apontaram problemas que dificultam a efetivação da Política de Educação Permanente em Saúde, na localidade em Franca - São Paulo. Os apontamentos demonstram que os sujeitos descreveram igualmente questões pertinentes à falta de formação e aprimoramento dos trabalhadores da saúde, à falta de acolhimento, comunicação e informação na rede,

falta de resolutividade, integração e motivação entre os membros da Comissão Intergestores Regional e o desconhecimento por parte destes da Política¹⁹.

A prática educativa possibilita ao sujeito uma reflexão sobre suas ações e o fortalece para enfrentar novas situações. No caso do trabalhador da saúde, percebe-se que as dimensões da EPS transcendem o sujeito, pois o atendimento ao usuário do serviço e a própria comunidade tornam-se o reflexo imediato dessa prática²⁰.

A antiga qualificação profissional individual parece deslocar-se também para o âmbito da intersubjetividade, tendo em vista que não se consegue, em geral, resolver problemas de modo solitário como na antiga divisão social do trabalho, uma vez que os problemas não são simples e objetivos. Eles são complexos e envolvem sujeitos diferenciados, com olhares e fazeres diferente em sua resolução. Isso tanto amplia as tarefas quanto abre espaço para o surgimento de conflitos porque são diversos os sujeitos envolvidos na mesma questão. Trata-se hoje de um modo de produção do trabalho multifuncional e que interfere nas relações sociais¹⁸

Outro estudo com essa abordagem apontou que problemas de acesso e resolutividade dos serviços no Brasil vêm acompanhados de fragilidades na estrutura física e equipamentos disponíveis para atenção básica e integralidade das ações²¹.

Contudo, em outra pesquisa, foi constatado que a inclusão da EPS ampliou as possibilidades de desenvolvimento, bem como de revisão dos afazeres do cotidiano indo ao encontro das necessidades percebidas pelos trabalhadores, aliando a compreensão das dificuldades, próprias do SUS, servindo de canal de troca de experiências, valorização profissional, busca de soluções coletivas, entre outros aspectos, expandindo a visão da realidade e aproximando os trabalhadores da comunidade com um olhar mais integral¹⁹. Neste mesmo contexto, o fortalecimento da Política de Educação Permanente em Saúde estabelece nexos entre a teoria e a realidade vivida, concordando com metodologias de educação em serviço²².

Considerações finais

A Política de Educação Permanente foi instituída para ser transformadora das práticas de saúde e pode interferir no cotidiano dos trabalhadores da saúde, evitando a fragmentação e individualização de suas ações como também buscando os princípios da integralidade.

Nesse sentido, procurou-se investigar as implicações da Educação Permanente em Saúde no processo de trabalho em saúde, sob a ótica dos trabalhadores no âmbito da 13ª CRS-RS. Constatou-se que poucos trabalhadores relacionam suas atividades diárias com a PNEPS, pois, conforme seus relatos, as práticas continuam individualizadas e voltadas principalmente à especificidade da profissão ou para temas emergentes.

Chama a atenção o fato de os trabalhadores de seis municípios não relacionarem nenhuma de suas práticas diárias à EPS como elemento facilitador no seu processo de trabalho e apontarem, como item dificultador, a carência de mais capacitações, sugerindo o aumento destas bem como uma melhor infraestrutura para desenvolver o seu trabalho e realizar suas atividades diante da demanda e dos problemas enfrentados. Na realidade, as capacitações, os treinamentos e palestras, citados como atividades de EPS por alguns trabalhadores, são alguns elementos da EPS. Ainda neste estudo, percebeu-se que algumas atividades diárias dos trabalhadores, de certa forma, estavam relacionadas com a EPS e já estavam sendo realizadas antes mesmo da implantação da Política. Desta forma, pode-se inferir que a implantação da EPS trouxe poucos avanços no campo das ações em saúde.

À medida que os dados eram analisados, verificava-se que os trabalhadores não identificavam claramente suas práticas como elementos da EPS, então, surgiam questionamentos como: Concebiam a PNEPS na sua íntegra e sentiam a sua falta? Qual a metodologia utilizada para divulgar e orientar a implementação da PNEPS nos municípios? Como cada município implantou essa política?

Pautando-se na repetição da forma de ensino tradicional e no contexto de cada município, pode-se inferir que essa política tenha sido implementada de

forma verticalizada, não possibilitando discussões e reflexões quanto às questões relacionadas ao trabalho em equipe. Essa inferência vem à tona, uma vez que é notório o quanto os trabalhadores deste estudo reproduzem o método frente aos usuários do serviço e comunidade.

Enfim, por meio deste estudo, concluiu-se que ainda há lacunas importantes na implantação dessa política, principalmente com a utilização de metodologias diferenciadas, visando à integralidade, respeitando as necessidades de trabalhadores e usuários, permitindo-lhes autonomia e resolutividade frente às suas ações e, portanto, ser percebida por todos os trabalhadores como imprescindível para melhorar a forma de atuação na Atenção Básica de Saúde, tal como propõe a PNEPS.

Referências

1. Batista KBC, Goncalves OSJ. Formação dos profissionais de saúde para o SUS: significado e cuidado. *Saúde e Sociedade*. 2011 [acesso em 2013 Nov 06] 20(4): 884-899. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902011000400007>.
2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
3. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Formação e intervenção / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.242 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos Humaniza SUS ; v. 1).

4. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
5. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 2010.
6. Santos GEO. Cálculo amostral: calculadora online. [acesso em 2013 Jun 13]. Disponível em: <http://www.calculoamostral.vai.la>.
7. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70, 2010, 281p.
8. Minayo MCS, Assis SG, Souza ER, organizadores. Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. 3ª Reimpressão. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2010.
9. Brito MA, Pimentel ECM, Silva GBM. Conhecimento dos enfermeiros sobre educação permanente em Floriano-PI. Northeast Brazilian Health Journal (Revista Piauiense de Saúde). 2013 [acesso em 2013 Ago 14] 2(1):1-15. Disponível em: <http://www.revistarps.com.br/index.php/rps/article/view/10/23>.
10. Santos AM, Giovanella L, Mendonça MHM, Andrade CLT, Martins MIC, Cunha MS. Práticas assistenciais das Equipes de Saúde da Família em quatro grandes centros urbanos. Ciên & Saúde Colet. 2012 [acesso em 2013 Ago 20]. 17(10): 2687-2702. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012001000018>. Acessado em: 20 de agosto de 2013.
11. Costa SM, Araújo FF, Martins LV, Nobre LLR, Araújo FM, Rodrigues CAQ. Agente Comunitário de Saúde: elemento nuclear das ações em saúde. Ciên & Saúde Colet. 2013 [acesso em 2013 Ago 27]. 18(7): 2147-2156. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000700030>.
12. Ministério da Saúde (BR). 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. 110 p: il. – (Série E. Legislação em Saúde).
13. Fortuna CM, Franceschini TRC, Mishima SM, Matumoto S, Pereira MJB. Movimentos da educação permanente em saúde, desencadeados a partir da formação de facilitadores. Rev. Lat-Amer. Enferm. 2011 [acesso em 2013 Set 18]; 19(2): 411-420. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692011000200025>.
14. Fortuna CM, Matumoto S, Pereira MJB, Camargo-Borges C, Kawata LS, Mishima SM. Educação permanente na estratégia saúde da família: repensando os grupos educativos. Rev. Lat-Amer. Enferm. 2013 [acesso em 2013 Set 04]; 21(4): 990-997. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692013000400022>.
15. Figueiredo MFS, Rodrigues Neto JF, Leite MTS. Educação em saúde no contexto da Saúde da Família na perspectiva do usuário. Interface-Comunicação, Saúde, Educação. 2012 [acesso em 2013 Sep 10]; 16(41): 315-329. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832012000200003>.
16. Rocha V, Schall V, Lemos E. A contribuição de um museu de ciências na formação de concepções sobre saúde de jovens visitantes. Interface. Comunicação, Saúde e Educação, 2010 [acesso em 2013 Ago 14]; 14:183-96. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832010000100015>.
17. Schall VT, Struchiner M. Educação em saúde: novas perspectivas. Cad. Saúde Públ. 1999 [acesso em 2013 Ago 05]; 15 suppl.2: S4-S6. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1999000600001>.
18. Bezerra EC, Silva LCSC, Gonçalo MC, Miguel ZF. Uma análise da qualificação profissional com base na avaliação de desempenho do plano de cargos, carreiras e remuneração e sua relação com a política de educação permanente da SESAP/RN. Anais do Congresso Consad de Gestão Pública, 5, 2012, Brasília.

19. Sarreta, FO. Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS. São Paulo: Cultura Acadêmica; 2009.
20. Pinho CA. Qualidade em saúde: que trajetões de formação dos enfermeiros? [tese]. [acesso em 2013 Dez 02] Universidade de Aveiro, Tese de Doutorado em Didática e Formação. Departamento de Educação; 2012. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10773/9614>.
21. Trindade LL, Pires DEP. Implicações dos modelos assistenciais da atenção básica nas cargas de trabalho dos profissionais de saúde. *Texto & Cont Enferm.* 2013 Jan-Mar [acesso em 2013 Out 02] Florianópolis 22(1): 36-42. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072013000100005>.
22. Franco TB, Chagas RC, Franco CM. Educação Permanente Como Prática. In: Pinto, S, Franco, TB, Magalhães, MG. *Tecendo Redes: os planos da educação, cuidado e gestão na construção do SUS; a experiência de Volta Redonda-RJ.* São Paulo: Hucitec; 2012. p.35-65.