



EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE COMO PRÁTICA POSSÍVEL: UMA EXPERIÊNCIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA¹

Gabriela Rodrigues Zinn*
Carla Garcia Gomes Lecca**
Vera Lúcia Mira***
Patrícia Tavares dos Santos****
Eliete Maria Silva*****

RESUMO

Objetivo: descrever o processo de análise de necessidades, execução e avaliação de um programa educativo na Atenção Primária à Saúde, na lógica da Educação Permanente em Saúde (EPS). **Método:** pesquisa-ação com abordagem mista, desenvolvida entre 2014 e 2016, com trabalhadores da saúde. A coleta de dados ocorreu nos encontros de grupo focal, oficinas do programa educativo e aplicação de questionários. Os dados qualitativos foram submetidos à análise de discurso do sujeito coletivo, e os dados quantitativos, à análise estatística descritiva. **Resultados:** a necessidade prioritizada foi a comunicação prejudicada no ambiente de trabalho; e, durante a execução do programa educativo, os participantes pactuaram acordos para superação dos problemas identificados, a exemplo da criação de espaços de diálogo e fluxos definidos de comunicação. Sentiram-se satisfeitos em participar, e percebeu-se que o programa educativo causou impacto positivo no trabalho. **Considerações finais:** o objetivo de descrever todo processo da EPS foi alcançado. Houve maior estímulo para um movimento de transformação no processo de trabalho, em referência ao aprimoramento da comunicação na dimensão profissional da gestão do cuidado, a partir de um paradigma dialógico e crítico, capaz de ressignificar o processo de ensino-aprendizagem no trabalho. Como produto, tem-se um modo mais efetivo de operar a EPS.

Palavras-chave: Política de saúde. Educação. Capacitação de recursos humanos em saúde. Atenção primária à saúde.

INTRODUÇÃO

Um movimento que se constata atualmente é a valorização da subjetividade nos processos de trabalho em saúde como estratégia de reconfiguração do modelo de atenção⁽¹⁾, evidenciando a necessidade de práticas que promovam o envolvimento dos trabalhadores, uma vez que essa ação influencia a identidade organizacional e a elevação da resiliência dos profissionais⁽²⁾.

Um estudo sobre questões éticas na saúde destaca que, apesar de esperarmos que os valores das organizações sejam os mesmos valores reproduzidos nas práticas de cuidado, o que ocorre na realidade é a coexistência de uma lógica de promoção da eficiência e eficácia

organizacional e outra, pautada na relação entre profissional e usuário do serviço. Subjacente a essas lógicas, estão diferentes conjuntos de valores que muitas vezes entram em confronto, como por exemplo, o valor do lucro e o valor da vida. A proposta é que os conflitos nas estruturas morais sejam abordados pela organização e não entre os indivíduos ou grupos que lá atuam⁽³⁾.

Trazendo essa reflexão para a nossa organização federativa, vale destacar que há, no Brasil, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) desde 2009. É ampla a discussão acerca dos desdobramentos dessa política no cotidiano do trabalho em saúde, com foco no que seria a sua finalidade de sustentar os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

¹Este estudo foi resultado da tese de doutorado: Zinn GR. Educação Permanente em Saúde: de diretriz política a uma prática possível [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2015. 147 p. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7140/tde-11052015-154630/pt-br.php> e da dissertação de mestrado: Lecca, CGG. Implantação e avaliação de um programa educativo conforme diretrizes da política nacional de educação permanente em saúde. [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2017. 121p. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7140/tde-27042018-153006/en.php>

*Enfermeira. Doutora em Ciências. São Paulo, São Paulo, Brasil. E-mail: gabrielarodrigueszinn@gmail.com. ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-0612-6638>.

**Enfermeira. Mestre em Ciências. São Paulo, São Paulo, Brasil. E-mail: carialecca@yahoo.com.br. ORCID iD: <http://orcid.org/0000-0002-1469-4264>.

***Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora associada da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo – USP. São Paulo, Brasil. E-mail: vlmirag@usp.br. ORCID iD: <http://orcid.org/0000-0002-5896-3948>

****Enfermeira. Doutora em Ciências. Professora adjunta da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás. Goiânia, Goiás, Brasil. E-mail: ptavares@ufg.br. ORCID iD: <http://orcid.org/0000-0002-7375-9785>

*****Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora associada da Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP. Campinas, São Paulo, Brasil. E-mail: emsilva@unicamp.br. ORCID iD: <http://orcid.org/0000-0001-7549-2677>

Por um lado, compreende-se que existe espaço para mudanças iniciadas no microcosmo das organizações por meio da Educação Permanente em Saúde (EPS) com movimentos de rompimentos do instituído, inserção da criatividade e elevação da autonomia aos sujeitos. Nesse sentido, a EPS é vista como promotora de uma atitude crítica no agir, pensar, conceber, propor, analisar e prever. Essa perspectiva emancipadora contrapõe-se, porém, aos limites dos investimentos em processos educativos e obstáculos estruturais que limitam as mudanças nos espaços de trabalho. Desse modo, a EPS é vista como mais um processo educativo com nova nomenclatura, mas que reproduz a velha roupagem no âmbito das organizações de saúde⁽⁴⁾.

Diante desse cenário, cabe relembrar o seguinte questionamento acerca da PNEPS^(5:920): “como formar sujeitos comprometidos a gerir problemas do trabalho frente às dificuldades estruturais do SUS?”

Na PNEPS, os caminhos de transformação do trabalho do SUS se sustentam em três pilares: a micropolítica do trabalho vivo, o método da roda e a aprendizagem significativa. Porém, em tempos de forte avanço do neoliberalismo, é necessário e urgente o resgate de uma EPS que seja capaz de articular a “utopia” da saúde como direito de todos a partir da ampliação do olhar, em outras palavras, ultrapassar as ações micropolíticas do cotidiano de trabalho para alcançar os espaços políticos e de articulações coletivas que fortaleçam o movimento da reforma sanitária e a concretização do SUS, como está impresso na Constituição⁽⁵⁾.

Estudo de revisão da literatura, acerca da EPS na atenção primária, evidenciou que as ações educativas desenvolvidas com os trabalhadores da saúde estão sustentadas em uma educação instrumental, fragmentada e desarticulada do contexto do dia a dia do trabalho, o que traduz uma prática pautada no conceito de educação continuada. O desafio está em realizar o desenvolvimento desses trabalhadores de forma reflexiva, participativa, contínua e com foco nas necessidades locais. Além disso, é essencial a compreensão da EPS pelos profissionais e gestores envolvidos⁽⁶⁾.

A herança cartesiana presente em nosso cotidiano nos faz esperar resultados concretos e

quantificáveis para reconhecer e valorizar as ações humanas. Nesse sentido, a realização desta pesquisa contribui para a superação dos desafios citados no parágrafo anterior e para apresentar um produto concreto com potencial de instrumentalizar a gestão para a prática da EPS.

Nesse contexto, justifica-se a realização do presente estudo como contribuição na demonstração de um modo possível de operar a PNEPS no cotidiano de trabalho em saúde, a partir de resposta à seguinte questão: como desenvolver e avaliar o processo de EPS, desde seu levantamento e análise de necessidades educativas até sua avaliação? O objetivo proposto foi descrever o processo de análise de necessidades, execução e avaliação de um programa educativo na Atenção Primária à Saúde (APS), na lógica da EPS.

METODOLOGIA

Realizou-se uma pesquisa-ação com abordagem mista em um município do interior de São Paulo, onde está localizada uma das três regiões administrativas de saúde, conforme sugerido pelos gestores. Os dados foram coletados em quatro Unidades Básicas de Saúde (UBSs), sendo duas de modelo tradicional e duas com implementação parcial da Estratégia de Saúde da Família (ESF), nas quais houve adesão dos participantes. A pesquisa se desenvolveu em duas etapas:

Etapa I – Foram realizados cinco encontros de grupo focal entre março e novembro de 2014. No primeiro encontro, identificaram-se as principais potencialidades e fragilidades vivenciadas no dia a dia do trabalho; no segundo encontro, os problemas foram analisados quanto à viabilidade de intervenção local; no terceiro encontro, foram elencados os problemas prioritários para iniciar as intervenções educativas; no quarto encontro, foi desenvolvido, coletivamente, o planejamento da intervenção educativa; e, por fim, no quinto encontro, realizou-se a avaliação acerca da experiência de participar dos grupos. O critério de inclusão dos participantes foi ser trabalhador de saúde no município e atuante nas unidades de saúde da região administrativa indicada para a pesquisa. A adesão ocorreu aleatoriamente após amplo convite; foram excluídos os trabalhadores que estavam de férias ou afastados do serviço.

Aderiram à pesquisa seis técnicas de enfermagem e cinco enfermeiras residentes da Atenção Primária à Saúde (APS); não houve adesão de outros trabalhadores da saúde. Os grupos focais ocorreram em local único, com a participação dessas profissionais da enfermagem que atuavam nas quatro UBSs citadas anteriormente. Como produto desses encontros, o tema prioritário identificado para ser trabalhado em ações educativas foi a *Comunicação Prejudicada*.

Etapa II – Foram realizadas oficinas para execução do programa educativo intitulado *Refletindo a prática da comunicação no ambiente de trabalho*, entre junho de 2015 e julho de 2016. Nesta etapa e para obtenção de maior adesão, as oficinas ocorreram separadamente em cada uma das quatro unidades representadas na etapa I. Em cada UBS, ocorreram dois encontros para as oficinas. No primeiro encontro, os profissionais realizaram, coletivamente, a identificação dos principais desafios relacionados à comunicação em sua unidade e firmaram os acordos para superação dos problemas. O segundo encontro, ocorreu dois meses após o primeiro, para que houvesse tempo de vivenciarem os acordos estabelecidos. Neste momento, os profissionais discutiram sobre as mudanças alcançadas e a necessidade de ajustes nos acordos. A segunda oficina foi finalizada com a avaliação de satisfação, e percepção de impacto do programa, com a aplicação de questionários adaptados. O critério de inclusão dos participantes desta etapa foi ser trabalhador da saúde das quatro UBSs, representadas na etapa I. Do total de 204

trabalhadores dessas unidades de saúde, 125 (61,3%) aderiram ao estudo. Participaram: agentes comunitários de saúde (23,2%), auxiliares e técnicos (22,4%) e estagiárias de enfermagem (1,6%), enfermeiras (9,6%), médicos e dentistas (9,6%), residentes de diferentes áreas profissionais (3,2%), auxiliares de saúde bucal (1,6%), psicóloga (0,8%), nutricionista (0,8%) e funcionário administrativo (4,8%).

Os dados qualitativos foram submetidos à análise de Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). Por esse motivo, não há identificação dos participantes, mas sim, o discurso que representa a coletividade. Os dados quantitativos foram submetidos à estatística descritiva.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob protocolo: 435.413 e autorizada pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do município onde o trabalho foi desenvolvido. Foram respeitadas as premissas das Resoluções 466/12 e 510/16. Seguiram-se os passos do *Consolidated criteria for reporting qualitative research* (COREQ).

RESULTADOS

Levantamento e análise das necessidades de intervenção educativa

Como resultados dos encontros de grupo focal, identificaram-se as fragilidades e potencialidades encontradas no cotidiano de trabalho que foram categorizadas conforme as dimensões envolvidas na gestão do cuidado⁽⁷⁾ da forma que segue:

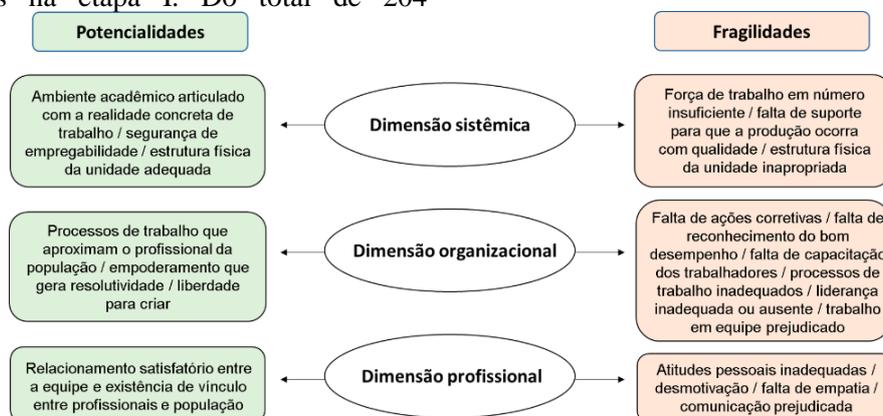


Figura 1. Categorias de análise resultantes do levantamento e análise de necessidades de ação educativa. Sorocaba, 2014.

Autoria: própria

Após a categorização, os problemas foram analisados quanto à viabilidade de intervenção local. Na dimensão profissional, todos os problemas encontrados foram considerados viáveis para intervenção educativa no ambiente de trabalho, com potencial de superação. Na dimensão organizacional, os problemas levantados foram considerados parcialmente viáveis para intervenção, pois alguns deles envolvem atitudes da gestão. Na dimensão sistêmica, os problemas foram considerados, em sua totalidade, inviáveis de serem submetidos à intervenção educativa local, uma vez que estão em outro nível de governabilidade.

Quanto à identificação do problema prioritário para uma intervenção educativa, as participantes consideraram o tema *Comunicação Prejudicada*, e desenvolveram, em conjunto, o planejamento educativo, o qual foi base para a elaboração do programa *Refletindo a prática da comunicação no ambiente de trabalho*.

Como resultado avaliativo da participação nesta primeira etapa da pesquisa, obteve-se como resultados as seguintes ideias centrais e DSC:

Ideia Central A: Colaboração, interação e concretização

DSC: Participei dos encontros com a finalidade de desenvolver uma pesquisa que pretende contribuir com melhorias no planejamento de intervenções educativas. Percebi que para modificar atitudes, não precisamos esperar apenas por ações de quem gerencia, mas sim, construir, em conjunto, formas de fazer diferente e melhor. O auxílio na pesquisa também possibilitou a expressão de experiências e problemas. Pude perceber a perspectiva dos demais participantes, e assim, criar um instrumento de trabalho capaz de colocar em prática as estratégias discutidas.

Ideia Central B: Pesquisa-ação como

Quadro 1. Ideias centrais e Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), resultantes da execução do programa educativo, *Refletindo a prática da comunicação no ambiente de trabalho*. Sorocaba, 2016

Ideia central: Organização do mural de informações
DSC: Preciso transformar o mural de informações em um lugar organizado e atualizado. Seja o mural que fica próximo ao local de registro de presença, no qual cada um de nós deve assumir o compromisso de retirar informações desatualizadas, como o mural de cada sala da unidade, na qual o profissional responsável pela sala deve se responsabilizar pela atualização e organização. Utilizarei cores diferentes, nos papéis, alfinetes ou desenhos, como estratégia para ajudar na diferenciação de informações.
Desfecho: O acordo foi alcançado praticamente em sua totalidade, porém a questão do uso de cores diferentes para organização dos murais não foi atingida. As pessoas passaram a dar atenção e a organizar as informações neles contidas, porém, ainda sem conseguir integrar essa atitude ao processo de trabalho diário. Esse acordo foi mantido com o objetivo de melhorar ainda mais a disseminação das informações importantes através desse meio de comunicação.
Ideia central: Uso de tecnologia para compartilhamento de informações

disparador de potências

DSC: Minha postura como trabalhador e futuro gestor sofreu e sofrerá modificações a partir desses encontros de grande aprendizado e que trouxeram acréscimos na minha vida pessoal e profissional. As pessoas que participaram do grupo já querem fazer a diferença, e esses encontros foram como “injeções de ânimo” para me motivar mais. Sinto-me sensibilizada e com expectativas. Desenvolvi maior interesse nos assuntos do trabalho e melhorei minha estratégia de comunicação com a equipe e com a população. Consigo levar para minha unidade um futuro promissor na participação de todas as equipes de gestão.

Execução do programa educativo

Dos 125 participantes da etapa II da pesquisa, apenas seis (4,8%) profissionais participaram das duas oficinas. Houve, nesse período, ausências de profissionais por motivos de licenças, faltas e transferência para outras unidades, em especial pela epidemia de dengue que ocorria no município, o que impossibilitou uma participação mais efetiva do processo educativo/reflexivo.

Em cada uma das quatro unidades em que o programa educativo foi realizado, foram necessárias adaptações do planejamento inicial, em decorrência do tamanho das equipes, disponibilidade da gestão e perfil de cada grupo. Realizou-se a condução de discussões coletivas acerca de possíveis acordos para melhoria da comunicação no processo de trabalho. Cabe destacar que os participantes desta segunda etapa consideraram o tema do programa educativo relevante, mesmo não participando do momento de levantamento das necessidades.

Os acordos realizados foram traduzidos nos seguintes DSC, com as respectivas ideias centrais e descrição dos desfechos alcançados:

DSC: Considero importante utilizar a tecnologia do <i>WhatsApp</i> ® como estratégia para compartilhar informações novas e urgentes.
Desfecho: O acordo não teve sucesso, devido a questões gerenciais de proibição do uso de celular durante o período de trabalho.
Ideia central: Fluxos definidos de comunicação
DSC: Ao receber a informação, devo avaliar o conteúdo e verificar a importância e necessidade de passar à equipe, a exemplo das informações adquiridas em reuniões e cursos. Outra questão importante no fluxo das informações é o estabelecimento de padronização e cronograma, ou seja, estabelecimento de datas para a transmissão da informação e sua execução, seja direcionada à equipe ou à população. No caso de informações para equipes, os enfermeiros dos diferentes turnos devem se reunir e definir o que será transmitido de forma padronizada e, em relação à população, é importante organizar os fluxos.
Desfecho: O acordo foi parcialmente alcançado, pois as demandas diárias de trabalho não possibilitaram a criação de uma rotina de transmissão de informações, porém, houve reconhecimento pela equipe da importância desse acordo para melhorar o processo de trabalho. Então, o acordo foi mantido, e a equipe se propôs a continuar se organizando para alcançar essa meta.
Ideia central: Proatividade na busca da informação
DSC: Preciso assumir uma postura pessoal de conhecer as regras de cada setor de atuação e do serviço em geral. Devo buscar a informação a partir de um ato proativo. Uma vez que busquei a informação, seja um protocolo ou uma diretriz, eu devo planejar sua execução, colocar em prática e compartilhar as informações. É necessário me responsabilizar em conhecer o papel do meu colega de trabalho e as informações necessárias para minha prática profissional. Tal busca padroniza e traz segurança ao trabalhador e ao usuário, que será atendido sempre da mesma maneira, recebendo a mesma informação, independente do profissional que a transmita.
Desfecho: O acordo foi parcialmente alcançado. Foi identificado pela equipe como fator transformador da realidade e foi mantido como meta de mudança. A dificuldade para sua execução foi identificada pela equipe em decorrência da sobrecarga de trabalho, da fragilidade nas comunicações e das atitudes distintas, frente às diferentes demandas dos usuários.
Ideia central: Atitude empática
DSC: Preciso desenvolver em mim a habilidade da empatia e do respeito ao próximo e, dessa forma, me relacionar gentilmente, seja com um sorriso ou com a menção de um “bom-dia”. Essa atitude é importante para com a equipe, com os usuários, com o serviço.
Desfecho: O acordo foi parcialmente alcançado, pois também depende da transformação de atitude pessoal. Houve a justificativa de sobrecarga de trabalho como elemento que dificulta essa atitude. O acordo foi mantido como meta, pois apesar da dificuldade de alcance total, foi considerada importante no processo de trabalho.
Ideia central: Espaços de diálogos
DSC: É necessário que existam momentos de conversa sobre o trabalho, e que, nesses espaços, eu participe com empenho e interesse. Estabelecer a periodicidade desses momentos é fundamental para que aconteçam.
Desfecho: O acordo foi parcialmente alcançado. Foi bastante valorizado pela equipe e considerado um momento de transformação e de valorização das pessoas no processo de trabalho. Consideraram como momento de transmissão de informações e de aprendizado em equipe. Este acordo foi mantido e visto como fortalecedor do trabalho interprofissional.
Ideia central: Cuidados necessários para os momentos de encontro
DSC: Sugiro alguns cuidados para que as reuniões ou transmissão de informações tenham êxito. Quanto às questões informativas, é necessário ter um profissional responsável pela transmissão dessas informações e uma adequação da linguagem, em especial, quando trata-se de orientações para a população, bem como, desenvolver o hábito de validar as informações transmitidas, ou seja, verificar o que o outro compreendeu da minha mensagem. É importante realizar leitura em grupo dos memorandos e informações, ao invés de apenas repassá-los. Referente aos espaços de conversa, é essencial ter parceria entre enfermeiras de turnos diferentes para condução dos grupos e antecipar os temas a serem abordados nas oficinas de trabalho.
Desfecho: O acordo foi parcialmente alcançado, novamente justificado pela sobrecarga de trabalho, escalas reduzidas e acúmulo de tarefas. Porém os ganhos provenientes dos encontros realizados, trouxe a preocupação em torná-los melhor preparados. E com isso, a atenção em melhorar a comunicação e o relacionamento interpessoal, foram percebidos.

Autoria: própria.

Destaca-se que, com exceção do uso de *WhatsApp*®, todos os demais acordos foram alcançados, mesmo que parcialmente.

Avaliação do programa educativo

Referente à avaliação de satisfação, os resultados estão apresentados na tabela a seguir:

Tabela 1. Avaliação de satisfação na participação das oficinas do programa *Refletindo a prática da comunicação no ambiente de trabalho*. Sorocaba, 2016.

Itens da Escala de Satisfação	% de resposta por ponto da escala <i>Likert</i>						Estatísticas descritivas	
	<i>n</i>	DT	D	N	C	CT	<i>M</i>	<i>DP</i>
01. As oficinas foram importantes para meu crescimento profissional	125	0	2,4	20,8	59,2	17,6	3,92	0,69
02. Consegui refletir sobre novas formas de qualificar o meu trabalho	124	0	3,2	11,3	75,8	9,7	3,92	0,58
03. Os objetivos das oficinas foram alcançados	125	1,6	10,4	48,8	33,6	5,6	3,31	0,80
04. Os conteúdos das oficinas podem ser aplicados na prática	125	0	3,2	8,8	65,6	22,4	4,07	0,66
05. Essas oficinas contribuíram para melhorar minhas atividades diárias	125	0	4,8	19,2	62,4	13,6	3,85	0,71
06. Não sei como utilizar o conteúdo abordado na minha prática profissional	125	21,6	55,2	17,6	4	1,6	2,09	0,83

Continua...

07. O conteúdo abordado contribuirá para melhorar meu desempenho profissional	125	0	4,8	14,4	65,6	15,2	3,91	0,70
08. O conteúdo abordado correspondeu aos objetivos propostos para as oficinas	125	0	4	26,4	59,2	10,4	3,76	0,69
09. O conteúdo abordado foi adequado às minhas necessidades	125	0,8	8	26,4	60	4,8	3,60	0,74
10. Fiquei à vontade para me expressar durante a oficina	125	2,4	10,4	12	55,2	20	3,80	0,96
11. Houve interação entre os participantes	125	1,6	8	10,4	64,8	15,2	3,84	0,84
12. A discussão ocorreu numa sequência lógica	125	1,6	4	13,6	64,8	16	3,90	0,77
13. Não tive dificuldades para compreender o conteúdo abordado	125	0	2,4	3,2	64,8	29,6	4,22	0,62
14. O instrutor demonstrou ter conhecimento a respeito do conteúdo	111	0,9	0	4,5	68,5	26,1	4,19	0,60
15. As oficinas foram úteis para eu desenvolver novas habilidades	111	0	2,7	28,5	60,4	8,4	3,74	0,64
16. Sinto-me mais preparado para o exercício profissional	111	0,9	3,6	31,5	56,8	7,2	3,66	0,71
17. O instrutor demonstrou respeito às manifestações dos participantes	111	0	0,9	2,7	63,1	33,3	4,29	0,56
18. O instrutor demonstrou interesse na aprendizagem dos participantes	111	0	0	2,7	64,9	32,4	4,30	0,52
19. O instrutor foi objetivo em suas explicações	111	0	0	3,6	64	32,4	4,29	0,53
20. O instrutor conduziu a oficina com segurança	111	0	0	1,8	60,4	37,8	4,36	0,52
21. Eu estava interessado em participar da oficina	111	1,8	4,5	6,3	64,9	22,5	4,02	0,80
22. O tema abordado não é importante para minha prática	111	23,4	48,6	12,6	14,5	0,9	2,21	0,99
23. Os objetivos das oficinas corresponderam às necessidades da prática	111	0	2,7	9,9	72,1	15,3	4,00	0,60
24. A carga horária foi suficiente para as discussões propostas	111	6,3	19,8	29,7	38,7	5,5	3,17	1,02
25. O tempo dedicado às atividades práticas foi suficiente	111	6,4	14,5	27,2	46,4	5,5	3,30	1,00

Legenda: *n*: total de respondentes, **DT**: discordo totalmente, **D**: discordo, **N**: não concordo, nem discordo, **C**: concordo, **CT**: concordo totalmente, **M**: média, **DP**: desvio padrão

A tabela 1 mostra que a média de satisfação dos profissionais em participar das oficinas é positiva. Consideram, em especial, que as

oficinas proporcionaram reflexões para qualificação do trabalho. Quanto à percepção de impacto das oficinas, seguem os resultados:

Tabela 2. Percepção de impacto do programa *Refletindo a prática da comunicação no ambiente de trabalho*. Sorocaba, 2016.

Itens da Escala de Percepção de Impacto	% de resposta por ponto da escala Likert					Estatísticas descritivas		
	<i>n</i>	DT	D	N	C	CT	M	DP
01. Utilizo com frequência em meu trabalho atual, o que foi discutido nas oficinas	125	1,6	5,6	8,8	65,6	18,4	3,94	0,8
02. Aproveito as oportunidades que tenho para colocar em prática o que foi discutido nas oficinas	125	0	2,4	11,2	71,2	15,2	3,99	0,6
03. Recordo-me das discussões realizadas nas oficinas	124	0,8	4	16,2	66,1	12,9	3,86	0,71
04. Quando aplico o que aprendi nas oficinas, executo meu trabalho com maior rapidez e melhor resultado	123	0	4,9	26	54,5	14,6	3,79	0,75
05. A qualidade do meu trabalho melhorou nas atividades diretamente relacionadas ao tema das oficinas	124	0	7,3	27,4	50,8	14,5	3,73	0,8
06. A qualidade do meu trabalho melhorou mesmo naquelas atividades que não pareciam estar relacionadas ao tema das oficinas	124	0	7,3	35,5	47,5	9,7	3,6	0,76
07. Minha participação nas oficinas serviu para aumentar minha motivação para o trabalho	124	1,6	10,5	18,5	57,3	12,1	3,68	0,88
08. Minha participação nessas oficinas aumentou minha autoconfiança. (Agora tenho mais confiança na capacidade de executar o trabalho com sucesso)	124	1,6	12,1	34,7	41,9	9,7	3,46	0,89
09. Após minha participação nas oficinas, tenho sugerido, com mais frequência, mudanças nas rotinas de trabalho	123	1,6	13	28,5	47,2	9,7	3,5	0,9
10. Essas oficinas que fiz tornaram-me mais receptivo a mudanças no trabalho	124	0,8	4,8	20,2	63,7	10,5	3,78	0,73
11. As oficinas que fiz beneficiaram meus colegas de trabalho	122	0,8	3,3	32	50,8	13,1	3,72	0,76

Legenda: *n*: total de respondentes, **DT**: discordo totalmente, **D**: discordo, **N**: não concordo, nem discordo, **C**: concordo, **CT**: concordo totalmente, **M**: média, **DP**: desvio padrão

Destaca-se na tabela 2, que os profissionais percebem que os conteúdos das oficinas foram utilizados no local de trabalho e conseguiram aproveitar as oportunidades para colocar em prática o que foi discutido nas oficinas.

O seguinte esquema foi elaborado para que represente a inserção da EPS nos diferentes espaços micro e macroestruturais no campo da saúde, a partir da experiência advinda deste estudo:

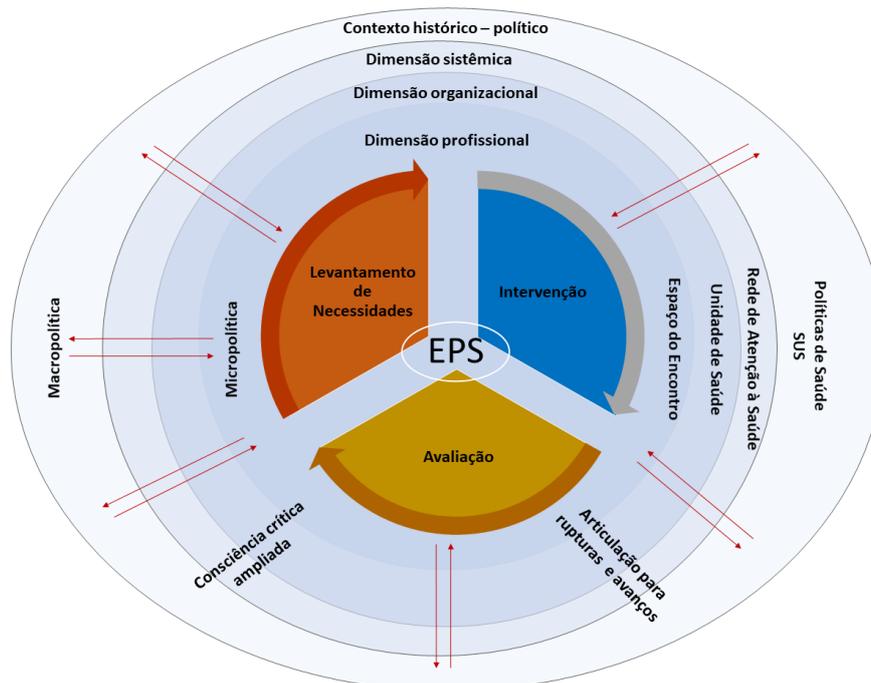


Figura 2. Espaços micro e macroestruturais de inserção da EPS no campo da saúde. Sorocaba, 2021.

Autoria: própria.

DISCUSSÃO

A pesquisa demonstrou que a EPS é uma prática possível e mobiliza atitudes de transformação coletiva. Destaca-se, porém, a necessidade dos movimentos de EPS serem apropriados como prática nos diferentes níveis de gestão para efetivar sua potência, e não apenas no espaço micropolítico. Movimento análogo à proposta, vivida no estudo, é o ciclo de sístole e diástole do coração, em seu ventrículo esquerdo. Para que o processo de trabalho seja oxigenado e se mantenha vivo, dois momentos são necessários: o momento da diástole – referente à reflexão sobre o trabalho (sair de cena e discutir, pesquisar, refletir a própria prática); e o momento da sístole: o ato em si (prática cotidiana do trabalho) que, uma vez oxigenado pela diástole, mantém o trabalho vivo, e não morto.

Os movimentos permeiam todas as dimensões da gestão do cuidado, pois, por um lado, no espaço micropolítico do encontro esse movimento é essencial e traz mudanças concretas, conforme demonstrado na presente pesquisa; por outro, a ausência de articulação em níveis mais amplos de governabilidade pode restringir o movimento de oxigenação do

trabalho vivo.

Seguindo as etapas desta pesquisa, conclui-se que o levantamento e a análise de necessidades de intervenções educativas é um dos momentos negligenciados na prática de EPS nas instituições. Este estudo demonstrou que a sua realização é essencial, uma vez que o engajamento dos gestores na análise de necessidades de treinamento e no planejamento instrucional é fundamental para o sucesso na elevação no desempenho individual, das equipes e de toda organização⁽⁸⁾.

Optou-se por desenvolver esta etapa de forma participativa a partir dos encontros de grupo focal, pois, quanto mais as relações de trabalho forem pautadas no diálogo, maior será a integração das ações de cuidado em saúde⁽⁹⁾. Dessa forma, colocar em debate as questões que demandam intervenção no processo de trabalho em saúde, aumenta a possibilidade de integração na concretização das intervenções propostas, o que representa maior potência no processo de transformação.

Uma questão que é apresentada neste estudo e que coincide com a realidade de muitos serviços de saúde é: quem dará continuidade ao planejamento construído? Nem sempre quem participa do levantamento e análise das

necessidades e construção do plano de execução, estará envolvido na realização da intervenção. Daí a necessidade de um processo bem estruturado que resulte em uma representação social do cenário vivido, para que as pessoas que darão continuidade aos movimentos educativos/reflexivos, sintam-se parte, mesmo que não tenham participado do início do processo.

Outro destaque no levantamento e na análise das necessidades é o momento de encontro e discussões, que já possui em si potencial de transformação. Constata-se que os grupos focais se constituíram em oportunidades de reflexões que dispararam mudanças nas atitudes no trabalho, antes mesmo da execução da intervenção planejada. Além disso, a devolutiva para o grupo das discussões e acordos realizados em cada encontro, para reconhecimento, validação e modificação do que foi proposto, intensifica o empoderamento das pessoas e a democratização das decisões, bem como cria um processo de registro das ações de EPS.

Os resultados apontaram para a necessidade de intervenção sobre a comunicação prejudicada no trabalho, tema relevante no cenário, com forte herança cartesiana e autoritária. Um estudo que objetivou analisar a comunicação como domínio da prática interprofissional colaborativa em saúde, no contexto do processo de trabalho das equipes da APS, ressaltou como aspectos antidualógicos da comunicação, informações unilaterais no processo de trabalho, uso de tecnologias digitais e pouco espaço de reuniões. Esses aspectos impedem o agir comunicativo como práxis⁽¹⁰⁾. A inclusão de metodologias diversas de educação contribui na sensibilização dos profissionais para práticas de comunicação segura e minimiza a comunicação ineficaz⁽¹¹⁾.

Além disso, evidenciam-se as oportunidades na dimensão tecnológica da saúde, especialmente para expansão e reconhecimento das tecnologias leves e leve-duras, nas quais a comunicação tem papel de destaque nas relações⁽¹²⁾. A incorporação de tecnologias da informação e comunicação se apresenta como uma estratégia viável para qualificação dos processos de trabalho e gestão nos serviços de saúde no SUS⁽¹³⁾. Especificamente na atenção primária à saúde, refletir as práticas comunicativas no âmbito das tecnologias leves e

leve-duras é fulcral para o disparo de uma comunicação de qualidade em toda Rede de Atenção à Saúde (RAS).

Referente à execução do plano de intervenção educativa, a pesquisa apontou desafios concretos de tornar a EPS uma prática possível. Como barreiras, destacam-se: 1. ausência de espaços formais de discussão no trabalho que, quando existem em forma de espaço de reuniões de equipe, são substituídas por outras demandas ou subutilizadas em seu potencial de construção coletiva; 2. falta de estrutura para lidar com demandas extraordinárias em saúde, a exemplo da epidemia de dengue, que foi concomitante com o momento da realização da pesquisa, e que sempre estarão presentes na realidade humana, como há hoje a pandemia da Covid-19; 3. dimensionamento inadequado da força de trabalho em saúde, com frequentes mudanças de pessoas em suas funções para cobertura de necessidades diversas; 4. resistência inicial das pessoas em participar de momentos de discussão e construção coletiva, parte pela descrença na efetividade desses encontros, parte pela sobrecarga de trabalho.

Entretanto, apesar das barreiras, a concretização dos movimentos de EPS foi possível no espaço micropolítico, culminando no avanço nos processos de mudanças, conforme demonstrado nos resultados. As reuniões de equipe e demais momentos formais ou informais de troca podem ser compreendidos como elementos da esfera pública, uma vez que objetivam a construção de acordos interprofissionais, ou seja, a cogestão de compromissos políticos sociais incorporados no processo de trabalho em saúde⁽⁹⁾.

Ao encontro desta reflexão, foi constatada a necessidade dos líderes de enfermagem em apoiarem o desenvolvimento das competências de gestão, liderança, política e tomada de decisão da equipe, para fortalecer a prestação de serviços e desenvolver a educação e a prática baseada em evidências⁽¹⁴⁾. Enfatizam-se as mudanças no modelo de gestão, elemento inerente à proposta da PNEPS, ao pensar as práticas de EPS como elementos estratégicos na gestão compartilhada em saúde e busca de qualidade e segurança da assistência em saúde.

Isso nos remete à questão da gestão em saúde, na qual a tríade EPS, segurança e

qualidade é permeada por barreiras, tais como as alterações de gestores, prioridades de gestão, estrutura organizacional, fragmentação do processo de trabalho, desvalorização dos serviços de apoio, práticas educativas pontuais e sem integração profissional e, conseqüentemente, com impactos na motivação, satisfação e engajamento nos processos de mudança⁽¹⁵⁾.

Os espaços colegiados, o apoio dos gestores, o acompanhamento das ações no local de sua realização e a mudança de paradigma pautada na cultura da EPS, da segurança e da qualidade, a partir da interdisciplinaridade, são necessidades estratégicas para o fortalecimento dessa tríade. Para tanto, modelos de gestão participativa, pautados em relações horizontais de poder, são prerrogativa para o cuidado seguro e de qualidade⁽¹⁵⁾.

Vale aqui resgatar as dimensões envolvidas na gestão do cuidado, apresentadas por Cecilio⁽⁷⁾, que se encaixam de forma pertinente para olharmos as diferentes camadas, nas quais as articulações para transformação devem ocorrer, sem sucumbirem ao fracasso. As dimensões são: *profissional* – encontro entre profissional de saúde e usuário que remete à micropolítica do trabalho; *organizacional* – inclui a divisão técnica e social do trabalho; e *sistêmica* – conjunto de serviços, apresentando distintos níveis de incorporação tecnológica e níveis de complexidade, com inúmeros fluxos necessários para um processo de cuidar integral. Aponta-se como uma das limitações desta pesquisa a realização da EPS, apenas na dimensão profissional.

Referente ao momento de avaliação, cabe destacar que este também é um momento negligenciado na prática da EPS. É necessário o desenvolvimento de novos estudos para aprofundar a compreensão dos elementos que conectam os critérios de avaliação, pois o conceito de aprendizagem é multidimensional, e os processos que envolvem a aquisição, retenção, generalização, transferência e desempenho após intervenções de treinamentos, são complexos e pouco estudados⁽¹⁶⁾.

Os investimentos financeiros em ações de TD&E são muito significativos e demandam avaliação e prestação de contas. No Brasil, a adoção de adaptações do modelo de avaliação

integrado e somativo (MAIS) e modelo integrado de avaliação do impacto do treinamento no trabalho (IMPACT) tem apoiado as pesquisas acerca da efetividade de treinamentos e programas educacionais em diversos contextos⁽¹⁷⁾. É necessário avaliar e registrar os momentos de EPS no trabalho em saúde. Neste estudo, quantifica-se a reação dos participantes no movimento de EPS, com resultados elevados de satisfação.

A avaliação de conhecimento nesta situação não se faz pertinente, afinal, não se utiliza um modelo estruturado para aprimorar conteúdos específicos, assim, não é adequado avaliar conhecimentos prévios e posteriores à intervenção educativa. Trata-se de momentos educativos/reflexivos abertos a novas possibilidades de construção de saberes coletivos.

Outra limitação deste estudo foi a ausência de aplicação da avaliação de suporte à transferência, porém, cabe ressaltar a importância que ela tem para efetivação das mudanças construídas no processo de EPS. É no suporte à transferência que se constata a força que as questões macro sistêmicas têm na viabilidade de compartilhamento dos saberes construídos e refletidos a partir da EPS, para a prática cotidiana do trabalho em saúde. É necessária a sensibilização dos gestores para a importância de dar suporte aos treinamentos⁽¹⁷⁾. Mesmo que esta seja uma visão da área de TD&E, pode-se apropriar dessa reflexão no contexto da EPS, ou seja, o suporte nas dimensões organizacional e sistêmica é essencial para o sucesso dos movimentos educativos/reflexivos que ocorrem na dimensão profissional.

Por fim, a avaliação de impacto, essencialmente importante para demonstrar o quanto o investimento educativo no trabalho em saúde traz resultados concretos, em especial nos indicadores de saúde, necessitaria de continuidade para uma mensuração efetiva, sendo esta, também, uma limitação do presente estudo. Diante do período que tínhamos para realização da pesquisa, optou-se pela avaliação da percepção do impacto no cotidiano do trabalho, após o movimento de EPS desenvolvido, na perspectiva dos participantes. Os resultados apontaram uma percepção

positiva, com oportunidades para praticar o que foi discutido nas oficinas e sua utilização no trabalho.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao encontro do objetivo desta pesquisa, a descrição da análise das necessidades, execução e avaliação de um programa educativo, na lógica da EPS, demonstrou que, apesar dos desafios, esse processo é possível, e promove práticas dialógicas e colaborativas no cotidiano de trabalho em saúde.

A necessidade priorizada foi a comunicação prejudicada e, durante a execução do programa educativo, os participantes pactuaram acordos

para superação dos problemas identificados. Houve percepção de impacto positivo no processo de trabalho e sentiram-se satisfeitos em participar do movimento de EPS.

Como contribuição, apresentam-se os passos para uma prática possível de EPS que pode ser aplicado em outras realidades do trabalho em saúde com as devidas adaptações. Destaca-se a necessidade de romper o negligenciamento do levantamento e análise das necessidades e da avaliação dos movimentos de EPS, além de dar voz a esses movimentos para que sejam cada vez mais fortalecidos e ampliados para outras dimensões da gestão do cuidado em saúde e, assim, sustente sua essência de ser instrumento de fortalecimento do SUS.

PERMANENT HEALTH EDUCATION AS A POSSIBLE PRACTICE: AN EXPERIENCE IN PRIMARY CARE

ABSTRACT

Objective: to describe the process of needs analysis, execution and evaluation of an educational program in Primary Health Care, in the logic of Permanent Health Education (PHE). **Method:** action research with mixed approach, developed between 2014 and 2016, with health workers. Data collection occurred in focus group meetings, educational program workshops and questionnaire application. The qualitative data were submitted to discourse analysis of the collective subject, and quantitative data were submitted to descriptive statistical analysis. **Results:** the prioritized need was impaired communication in the work environment; and, during the implementation of the educational programme, participants agreed agreements to overcome the identified problems, such as the creation of dialogue spaces and defined communication flows. They were satisfied to participate, and it was noticed that the educational program had a positive impact on the work. **Final considerations:** the objective of describing the entire Process of PHE was achieved. There was a greater stimulus for a movement of transformation in the work process, in reference to the improvement of communication in the professional dimension of care management, from a dialogical and critical paradigm, capable of resignifying the teaching-learning process at work. As a product, there is a more effective way to operate PHE.

Keywords: Health policy. Education. Health human resource training. Primary health care.

EDUCACIÓN PERMANENTE EN SALUD COMO PRÁCTICA POSIBLE: EXPERIENCIA EN ATENCIÓN PRIMARIA

RESUMEN

Objetivo: describir el proceso de análisis de necesidades, ejecución y evaluación de un programa educativo en la Atención Primaria de Salud, en la lógica de la Educación Permanente en Salud (EPS). **Método:** investigación-acción con enfoque mixto, desarrollada entre 2014 y 2016, con trabajadores de la salud. La recolección de datos tuvo lugar en los encuentros de grupo focal, talleres del programa educativo y aplicación de cuestionarios. Los datos cualitativos fueron sometidos al análisis de discurso del sujeto colectivo, y los datos cuantitativos, al análisis estadístico descriptivo. **Resultados:** la necesidad priorizada fue la comunicación perjudicada en el ambiente de trabajo; y, durante la ejecución del programa educativo, los participantes pactaron acuerdos para superar los problemas identificados, a ejemplo de la creación de espacios de diálogo y flujos definidos de comunicación. Se sintieron satisfechos de participar, y se percibió que el programa educativo causó impacto positivo en el trabajo. **Consideraciones finales:** el objetivo de describir todo el proceso de EPS fue alcanzado. Hubo mayor estímulo para un movimiento de transformación en el proceso de trabajo, en referencia al perfeccionamiento de la comunicación en la dimensión profesional de la gestión del cuidado, a partir de un paradigma dialógico y crítico, capaz de resignificar el proceso de enseñanza-aprendizaje en el trabajo. Como producto, se tiene un modo más efectivo de operar la EPS.

Palabras clave: Política de salud. Educación. Capacitación de recursos humanos en salud. Atención primaria de salud.

REFERÊNCIAS

1. Santos DS, Mishima SM, Merhy EE. Processo de trabalho

na Estratégia de Saúde da Família: Potencialidades e subjetividades do cuidado para reconfiguração do modelo de atenção. *Ciênc. Saúde Colet.* 2018; 23(3):861-70. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018233.03102016>

2. Demo G, Fenelon L, Costa AC, Watanabe EAM. Práticas de envolvimento produzem colaboradores resilientes? Mediação da identidade organizacional. R. Adm. FACES Journal. 2019; 18(3):27-43. DOI: <https://doi.org/10.21714/1984-6975FACES2019V18N3ART6472>
3. Mohindra R. Value, values and valued: a tripod for organizational ethics. J Med Ethics [Internet]. 2022; 48: 154-159. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/medethics-2020-106837>
4. Leite CM, Pinto ICM, Fagundes TLQ. Educação permanente em saúde: reprodução ou contra-hegemonia? Trabalho, Educação e Saúde [online]. 2020; 18(suppl 1): e0025082. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00250>
5. Lemos CLS. Educação Permanente em Saúde no Brasil: educação ou gerenciamento permanente? Ciênc. Saúde Colet. 2016; 21(3):913-922. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015213.08182015>
6. Ferreira L, Barbosa JSA, Esposti CDD, Cruz MM. Permanent Health Education in primary care: an integrative review of literature. Saúde em Debate [online]. 2019; 43(120): 223-39. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912017>
7. Cecilio LCO. The death of Ivan Ilyich, by Leo Tolstoy: points to be considered regarding the multiple dimensions of healthcare management. Interface comum. Saúde educ. 2009; 13(supl.1):545-55. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832009000500007>
8. Araújo, MCSQ, Abbad GS, Freitas TR. Avaliação qualitativa de treinamento. Rev. psicol. organ. trab. 2017; 17(3):171-79. DOI: <https://dx.doi.org/10.17652/rpot/2017.3.13089>
9. Peduzzi M, Agreli HLF, Silva JAM, Souza HS. Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. Trab. educ. saúde. 2020; 8(supl.1): e0024678. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00246>
10. Previato GF, BadisseraVDA. A comunicação na perspectiva dialógica da prática interprofissional colaborativa em saúde na Atenção primária à Saúde. Interface comum. Saúde educ. 2018; 22(supl22): 1535-47. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0647>
11. Massaroli A, et al. Estratégias educativas na promoção da comunicação segura: Relato de experiência. Ciênc. Cuid. saúde. 2021; 20: e50596. DOI: <https://doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v20i0.50596>
12. Vasconcelos MN, Silva LMS, Queiroz MVO, Moreira TMM, Sousa GJB, Pereira MLD. Avanços e desafios das políticas públicas de gestão das tecnologias em saúde nas américas: scoping review. Cienc Cuid Saude. 2021; 20:e58609. DOI: <https://doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v20i0.58609>
13. Uchida TH, Mitsue F, Umeda JE, Higasi MS, Caldarelli PG. Percepção de profissionais de saúde sobre utilização de tecnologias de informação e comunicação. Rev. Sustinere. 2020; 8(1): 4-22. DOI: <https://doi.org/10.12957/sustinere.2020.51280>
14. Maaitah RA, AbuAlRub RF. Exploration of priority actions for strengthening the role of nurses in achieving universal health coverage. Rev. latinoam. enferm. 2017; 25: e2819. DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1696.2819>
15. Koerich C, Erdmann AL, Lanzoni GMM. Interação profissional na gestão da tríade: educação permanente em saúde, segurança do paciente e qualidade. Rev. latinoam. enferm. 2020; 28: e3379. DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.4154.3379>
16. Bell BS, Tannenbaum SI, Ford JK, Noe RA, Kraiger K. 100 years of training and development research: What we know and where we should go. J Appl Psychol. 2017; 102(3):305-23. DOI: <https://doi.org/10.1037/apl0000142>
17. Araujo MCSQ, Abbad GS, Freitas TR. Evaluation of learning, reaction and impact of corporate training at work. Psicol. teor. pesqui. 2019; 35: e35511. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102.3772e35511>

Endereço para correspondência: Gabriela Rodrigues Zinn. Av. Antônio Bardella, 800, casa 42, Boa Vista, Sorocaba – SP, CEP: 18085-852. Telefone: 15 99755-2585s e e-mail: gabrielarodrigueszinn@gmail.com.

Data de recebimento: 03/09/2021

Data de aprovação: 02/03/2022

APOIO FINANCEIRO

Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), referente ao edital Educação Permanente em Saúde para o Sistema Único de Saúde e dimensionamento da força de trabalho em saúde, sob o termo de outorga 401460/2013-4.