




## Educação permanente em saúde sob a ótica de gestores e trabalhadores da atenção primária à saúde

### Permanent education in healthcare from the perspective of managers and workers of the primary health care

Israel Víctor de Oliveira<sup>1</sup>   
Eliana Aparecida de Paula Silva<sup>2</sup>   
Paula Bertoluci Alves Pereira<sup>3</sup> 

Daiana Bonfim<sup>4</sup>   
Celso Zilbovicius<sup>5</sup>   
Rogério Nogueira de Oliveira<sup>6</sup> 

<sup>1</sup>Autor para correspondência. Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde (Rio de Janeiro). Rio de Janeiro, Brasil. israelvictor@hotmail.com

<sup>2</sup>Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (São Paulo). São Paulo, Brasil. elianaamorim08@gmail.com

<sup>3,5,6</sup>Universidade de São Paulo (São Paulo). São Paulo, Brasil. paulabertoluci@yahoo.com.br, czilbo@usp.br, rogerion@usp.br

<sup>4</sup>Hospital Israelita Albert Einstein (São Paulo). São Paulo, Brasil. daiana.bonfim@gmail.com

**RESUMO | INTRODUÇÃO:** A Educação Permanente em Saúde é uma estratégia político pedagógica que objetiva a qualificação e fortalecimento em diversos níveis do Sistema Único de Saúde. **OBJETIVOS:** Apresentar experiências de Educação Permanente em Saúde do cotidiano de Equipes de Saúde da Família em Unidades Básicas de Saúde da zona sul de São Paulo. **MATERIAIS E MÉTODOS:** Pesquisa qualitativa com trabalhadores e gestores de unidades da zona sul de São Paulo, que tem como referências de análise a concepção institucional de educação permanente em saúde e a micropolítica da gestão e do cuidado em saúde. A coleta de dados foi realizada entre os meses de fevereiro e abril de 2019, com 25 trabalhadores e 05 gestores (n=30), por meio de entrevistas e grupos focais. Os dados foram submetidos à análise de conteúdo temática. **RESULTADOS:** Foram identificadas quatro categorias empíricas: “Concepções acerca da EPS”, “Ações de EPS na realidade das UBS”, “Facilitadores para a EPS no cotidiano” e “Dificultadores ou barreiras para a concretização da EPS no cotidiano”. **CONCLUSÃO:** Apesar da influência do modelo gerencialista e das barreiras identificadas que atravessam o cotidiano das equipes, a educação permanente em saúde movimenta ações alinhadas com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde para a produção do trabalho vivo nos territórios.

**PALAVRAS-CHAVE:** Educação continuada. Sistema Único de Saúde. Atenção Primária à Saúde.

**ABSTRACT | INTRODUCTION:** The Permanent Education in Health is a political and pedagogical strategy, which aims the qualification and the improvement of the Brazilian National Health System (SUS) on many levels. **OBJECTIVES:** To show the experiences of Permanent Education in Health in the daily routine of the Primary Health Care Teams in the Primary Health Care Units (UBS) in the south area of São Paulo. **MATERIALS AND METHODS:** Qualitative research with workers and managers of Primary Health Care Units in the south area of São Paulo whose references of analysis are the institutional conception of permanent education in health and the micropolitics of management and health care. The data were collected between the months of February and April of 2019, with 25 workers and 05 managers (n=30) through interviews and focal groups. The data were submitted for the analysis of thematic content. **FINDINGS:** Four empirical categories were identified: “Conceptions of PEH”, “Actions of the PEH in the reality of the Primary Health Care Units”, “Facilitators to the PEH in the daily routine”, and “Constraints and barriers to the realization of the PEH in the daily routine”. **CONCLUSION:** Despite the influence of the managerialist standard and of the identified barriers that cross the daily routine of the teams, permanent education in health acts in agreement with the principles and guidelines of the Brazilian National Health System (SUS) to the production of the living work in the territories.

**KEYWORDS:** Continuing education. Brazilian National Health System (SUS). Primary Health Care.

## Introdução

A despeito da polissemia em torno do termo Educação Permanente em Saúde (EPS), tomamos como referência sua concepção mais atual, na qual EPS é uma estratégia político-pedagógica que toma como objeto os problemas e necessidades emanadas do processo de trabalho em saúde, com o objetivo de qualificar e aperfeiçoá-lo em vários níveis organizacionais e gerenciais do sistema; orientando-se para a melhoria do acesso, qualidade e humanização na prestação de serviços e para o fortalecimento dos processos de gestão político-institucional do SUS no âmbito federal, estadual, municipal e local.<sup>1</sup>

Após quase duas décadas da criação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), com a indução de diferentes ações de formação técnica, superior e qualificação da força de trabalho do SUS no território nacional, muitos avanços ocorreram, como mostram os dados oficiais coletados no 2º ciclo do Programa de Melhoria da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) (2013) revelando no panorama nacional que 90% (n= 9184) das Equipes de Saúde da Família (EqSF) afirmaram participar de alguma ação de EPS.<sup>2</sup>

Outro aspecto observado ao longo dos anos é o crescimento dos programas pioneiros de educação digital e à distância desenvolvidos por instituições parceiras da Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS), que permitiram o acesso a 506 ofertas educacionais entre cursos rápidos, autoinstrucionais e especializações, garantindo a matrícula de 1 milhão de profissionais de saúde.<sup>2,3</sup>

Todavia, ao tomarmos como referencial crítico e analítico a micropolítica da gestão e do cuidado em saúde, notamos que a condução das políticas de educação em saúde pouco tem privilegiado os encontros e o trabalho vivo em saúde em uma proposta mais ampla de EPS, reflexiva e interrogativa como instituído, ou seja, a EPS tem sido fortemente caracterizada como educação continuada, restrita ao saber técnico-científico, à atualização e ao agir protocolado em saúde.<sup>4</sup>

Na prática, o desenvolvimento de ações pautadas na PNEPS e a consequente participação dos diversos atores do SUS em atividades de educação permanente e continuada no microcosmo dos territórios são influenciados pelas apostas da gestão local, disputas e tensões da micropolítica do trabalho em saúde e por

diversos obstáculos: distorção ou desconhecimento sobre a EPS como instrumento de gestão e política, formação e capacitação insuficientes, sobrecarga de trabalho, desvalorização profissional e vulnerabilidade dos trabalhadores com vínculos precários.<sup>4,5</sup>

No caso do município de São Paulo, especificamente, numa complexidade ímpar, traduzida na gestão pública por meio dos contratos de gestão com diversas Organizações Sociais de Saúde (OSS) em um modelo essencialmente terceirizado, a lógica gerencialista afeta fortemente o trabalho e a produção do cuidado em saúde, com piores impactos na Atenção Primária à Saúde (APS).<sup>6</sup>

Diante do exposto, propomos apresentar experiências de EPS no cotidiano de Equipes de Saúde da Família (EqSF) da zona sul do município de São Paulo, sob a ótica de trabalhadores e gestores.

## Método

A pesquisa utilizou abordagem qualitativa com as técnicas de entrevista individual com gestores de UBS e de grupos focais com EqSF. A seleção desse método de abordagem se deu devido a necessidade de decodificar o que o cotidiano coloca a nossa frente. Os entrevistados trouxeram dados importantes para a compreensão da prática cotidiana de trabalho realizada por eles, e como essas práticas influem no resultado final do trabalho em saúde.

O cenário foi a região sul do município de São Paulo, nos distritos de Campo Limpo e Vila Andrade, onde estão localizadas 87 EqSF em 13 Unidades Básicas de Saúde sob gestão público-privada entre Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (SMS-SP) e Instituto Israelita de Responsabilidade Social do Hospital Israelita Albert Einstein (IIRS).

O público-alvo do estudo foram 25 profissionais de saúde, integrantes de quatro EqSF em quatro UBS, e seus respectivos gestores (05). Com a finalidade de obter uma amostra representativa selecionamos de cada UBS uma EqSF, sendo: um médico, um cirurgião-dentista, um auxiliar de enfermagem, dois agentes comunitários de saúde (ACS) e um membro do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Utilizamos os seguintes critérios de inclusão: profissionais das EqSF das UBS da parceria público privada SMS-SP e IIRS; aceitar participar da pesquisa mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); ser maior de 18 anos.

Os instrumentos de coleta utilizados foram os roteiros semiestruturados (com perguntas abertas), para entrevistas individuais com os gestores, e grupo focal com os profissionais das equipes de saúde da família.<sup>6,7</sup>

As perguntas realizadas foram baseadas em aspectos relevantes da pesquisa, considerando as concepções (ou significados) de educação permanente para gestores e trabalhadores das EqSF, ações de EPS presentes no cotidiano e fatores considerados como facilitadores e dificultadores (ou barreiras) dos processos de EPS nos serviços.

As entrevistas individuais e os grupos focais foram realizados em quatro encontros em locais reservados nas próprias UBS, com duração média de 60 minutos (mínimo de 39 e máximo de 112 minutos), durante os meses de fevereiro e abril de 2019. Foram gravadas em áudio e transcritas integralmente para posterior análise.

Os dados obtidos durante a fase de coleta não falam por si só, necessitam de um processamento, chamado de categorização, que pretende dar sentido às mensagens contidas nesses dados. Essa metodologia foi proposta por Minayo<sup>7</sup>, a qual utilizamos para a realização desse trabalho. Ela pressupõe que através das falas dos entrevistados emergem categorias temáticas que nos ajudam a compreender os sentidos e os significados.

Para análise dos dados os sujeitos participantes foram anonimizados, sendo denominados de acordo com a tabela 1:

**Tabela 1.** Participantes da pesquisa (São Paulo, SP, Brasil, 2019)

Local	Trabalhadores	Gestores
UBS A, B, C e D	Médicos (A, B, C e D) Enfermeiros (A, B, C e D) Cirurgiões-dentistas (A, B, C e D) Auxiliares de enfermagem (A, B, C e D) Agentes comunitários de saúde (1A, 1B, 1C e 1D) e Agentes comunitários de saúde (2A, 2B, 2C e 2D)	Gestores A, B, C e D e Enfermeiro Sênior C

## Aspectos éticos

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, mediante o parecer consubstanciado no 2.943.879 de 5 de outubro de 2018, CAAE 98364818.1.0000.0075, sendo obedecidos os procedimentos éticos estabelecidos pela resolução 466/12 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). Os participantes da pesquisa assinaram termo de consentimento livre e esclarecido, em duas vias, garantindo o sigilo, anonimato e possibilidade de desistência, seguindo as normas de pesquisas realizadas com seres humanos.

## Resultados

Participaram da pesquisa 30 profissionais de saúde, de diversas formações profissionais, pertencentes às EqSF discriminadas na tabela 1.

Da análise dos dados foram identificadas quatro categorias empíricas: “Concepções acerca da EPS”, “Ações de EPS na realidade das UBS”, “Facilitadores para a EPS no cotidiano” e “Dificultadores ou barreiras para a concretização da EPS no cotidiano”. A análise do material obtido se desdobrou em 3 etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos. No processo de codificação, no qual utilizamos o Microsoft Excel®, foram definidos pelos autores, a partir da metodologia em referência, as categorias 1,2,3 e 4 e os códigos associados, respectivamente: Concepções (C1 a C3, 3 códigos); Ações (Ac1 a Ac10, 10 códigos), Facilitadores (Fac1 a Fac 8, 8 códigos) e Dificultadores (ou barreiras) (Bar 1 a Bar 11, 11 códigos).

### **Categoria 1: Concepções acerca da EPS (São Paulo, SP, Brasil, 2019)**

Os resultados obtidos revelaram que os participantes da pesquisa reconhecem as principais características e a concepção de EPS presente na PNEPS.

**Tabela 2.** Categoria Concepções

<b>Categoria Concepções</b>	<b>Discursos</b>
EPS como contraponto a Educação Continuada	<i>É a educação do dia a dia, muito além daquela capacitação. Aquela que é permanente, feita em equipes e muitas vezes ocorre no corredor mesmo ou na reunião semanal. É uma troca; troca de experiências, se manter atualizado. A educação é fundamental. A educação é básica(...) ACS 1A (C1).</i>
EPS como condição fundamental para o serviço	<i>Para mim educação permanente é o processo de reflexão do processo de trabalho como um todo, aonde você leva os profissionais a repensarem a sua prática cotidiana e pensar em ações que melhorem o processo(...) condição sine qua non. Gestor A (C2).</i>

### **Categoria 2: Ações de EPS na realidade das UBS (São Paulo, SP, Brasil, 2019)**

Durante a imersão no campo identificamos quais atividades de EPS eram frequentes no dia a dia do serviço dessas EqSF. Seguindo o roteiro do grupo focal, utilizamos uma tabela, que consta no Instrumento de avaliação externa para as Equipes de Atenção Básica do PMAQ-AB, a fim de facilitar a discussão, a partir da pergunta norteadora: quais ações ou atividades de EPS vocês veem no seu cotidiano?<sup>8-10</sup>

Foram encontradas ações como: Seminários, Mostras, Oficinas, Grupos de Discussão, Cursos presenciais, Telessaúde, Curso de Educação à distância, Troca de Experiência, Tutoria/preceptoria, e a Unidade Básica de Saúde como espaço de formação.

**Tabela 3.** Categoria Ações (São Paulo, SP, Brasil, 2019)

<b>Categoria Ações</b>	<b>Discursos</b>
1.Oficinas, Grupos de discussão	<i>A oficina é frequente e o grupo de discussão também. Cada equipe tem o seu grupo (...) Eu sou muito a favor do grupo.) Enfermeiro C (Ac1).</i>  <i>O que achei muito legal em 2018, foi uma série de oficinas, que foram feitas com os auxiliares de enfermagem e ACS. Pra entender todo esse processo, a rotina do trabalho, qual a importância dele, da visita domiciliar deles. Todo dia-a-dia a gente aprende. As coisas mudam constantemente. Auxiliar de enfermagem D (Ac1).</i>
2. Cursos presenciais	<i>Cursos presenciais. Isso nos dá um múltiplo olhar sobre uma mesma pessoa. Enfermeiro B (Ac2).</i>
7.Troca de experiência	<i>É uma troca; troca de experiências (...) ACS1A (Ac2).</i>  <i>Realizamos trocas de experiências também (...) Enfermeiro B (Ac2).</i>
Reuniões	<i>As reuniões é uma constante educação permanente, acontecem quinzenalmente. Essa última eu fiz sobre o idoso. É bom. Além dela temos outras reuniões com os ACS. Os temas são definidos de acordo com as necessidades da unidade. Conforme a demanda. NASF B (Ac3).</i>  <i>É de extrema importância a reunião (falando sobre a realização de oficina promovida pelo NASF); essa última foi muito boa. Todo dia nós temos dúvidas e muitas vezes não conseguimos responder e assim nas reuniões conseguimos solucionar (...) ACS 2B (Ac3).</i>
Desconhecidas ou ausentes	<i>O que é essa RUTE? EqSF A,B,C e D (Ac10).</i>  <i>O que eu sinto falta é que o Telessaúde não chegou aqui. Os nossos colaboradores não têm acesso à essa tecnologia.) Gestor B (Ac10).</i>
9.UBS como espaço de formação	<i>O que eu vejo mais frequente hoje na UBS é a unidade como espaço de formação ensino e aprendizagem, com os alunos da graduação, especialização da residência, entre outros (...) Aqui é um pólo de ensino. Gestor C (Ac4).</i>

### Categoria 3: Facilitadores para a EPS no cotidiano

Em seguida, os profissionais de saúde e gestores foram convidados a refletir sobre quais os facilitadores para a ocorrência de ações de EPS no cotidiano das equipes. A partir da análise temática, depreendemos subcategorias descritas na tabela 4.

**Tabela 4.** Categoria Facilitadores (São Paulo, SP, Brasil, 2019)

<b>Categoria Facilitadores</b>	<b>Discursos</b>
Integração da equipe	<i>Temos um grupo de WhatsApp e conversamos constantemente pra responder mais rapidamente para o paciente. ACS 2B (Fac1).</i>
Motivação	<i>A gente conseguiu fazer muita coisa sem nada (...) tem que ter vontade. Gestor C (Fac2).</i>
Planejamento	<i>Então nesse caso de fomentar a EP, tem que partir uma iniciativa da gestão; a gestão precisa pensar em estratégias de carga horária, de tempo e planejar(...) Gestor B (Fac3).</i>
Valorização do trabalhador	<i>A instituição investe bastante na educação do funcionário. Eu acho esse processo fantástico. Traz muita motivação para os profissionais. Isso agrega. Enfermeiro A (Fac4).</i>
Garantia de tempo protegido	<i>Entendo que deveríamos fazer isso no horário de trabalho Médico B (Fac5).</i>  <i>Se nós tivéssemos um horário específico para fazer os cursos, a porta estaria muito mais aberta. Seria melhor por exemplo: você tem 2 horas para fazer o Telessaúde(...) Médica C (Fac5).</i>
Valorização da EPS pelo gestor	<i>Para mim (a EP) é uma ferramenta muito importante, é um processo de construir e reconstruir no trabalho. Continua, condição sine qua non. Gestor A (Fac6).</i>

#### Categoria 4: Dificultadores ou barreiras para a concretização da EPS no cotidiano

Em relação aos fatores apontados como barreiras às efetivas práticas de EPS no cotidiano das equipes, ficaram evidenciadas dificuldades relacionadas ao tempo, metas, burocracia, estrutura física, recursos tecnológicos e humanos (tabela 5).

**Tabela 5.** Categoria Dificultadores (São Paulo, SP, Brasil, 2019)

<b>Categoria Dificultadores</b>	<b>Discursos</b>
Indisponibilidade de tempo	<p><i>O tempo é pouco, são muito pontuais (as reuniões), no dia-a-dia eu não vejo isso. Não temos tempo para uma discussão mais prolongada(...) Cirurgião-dentista A (Bar1).</i></p> <p><i>Falta de tempo (...) entendo que deveríamos fazer isso no horário de trabalho, mas a gente não consegue. Médico B (Bar1).</i></p>
Supervalorização de metas	<p><i>Somos obrigados a cumprir metas. Cirurgião-dentista A (Bar2).</i></p> <p><i>Primeira coisa: deveria se rever essas metas(...) Médico C (Bar2).</i></p> <p><i>Cursos presenciais? Temos metas a cumprir e fica difícil sair da Unidade. Enfermeiro B (Bar 2).</i></p> <p><i>Essas metas que a unidade põe pra gente (...) fica difícil Enfermeiro A (Bar2).</i></p>
Burocracia	<p><i>Essa questão da burocratização atrapalha também. Enfermeiro A (Bar3).</i></p> <p><i>Preenchemos várias planilhas, pra que? Se não vemos a qualidade do nosso trabalho (...) Médico B (Bar3).</i></p>
Escassez de recursos tecnológicos	<p><i>Não temos recursos, equipamentos são antiquados, não temos multimeios. Enfermeiro B (Bar5).</i></p> <p><i>Nós agentes não temos acesso a computador. Então a gente vê o nosso e-mail e tinha um curso que era legal fazer, mas a gente perdeu. ACS 1A (Bar5).</i></p>
Sobrecarga de trabalho	<p><i>A agenda cheia não é favorável para esse tipo de ação. Médico A (Bar7).</i></p> <p><i>As demandas são muitas e mudam muito rapidamente e nos deixam perdidos, cansados. Enfermeiro B (Bar7).</i></p>
Recursos humanos insuficientes	<p><i>Tem isso também quando a gente tem curso fora. A demanda fica diluída no pessoal que está aqui, impacta no movimento e atrasa tudo. NASF B (Bar6).</i></p> <p><i>Outro problema é a falta de funcionários para manter o ritmo de trabalho na unidade, pois a falta de funcionário impacta na rotina de trabalho. Enfermeiro B (Bar6).</i></p>
Espaço físico inadequado	<p><i>Aqui na unidade a principal dificuldade é a falta de espaço físico. NASF B (Bar8).</i></p> <p><i>Nosso maior problema é espaço físico. Gestor A (Bar8).</i></p> <p><i>As agentes não têm sala, recursos para fazer os cursos que são obrigados a fazer, cursos de capacitação são feitos em lugares longe e com horários difíceis. Médico C (Bar8).</i></p> <p><i>Os espaços físicos são pequenos. Cirurgião-dentista C (Bar8).</i></p>

### Sobre as concepções de Educação Permanente em Saúde

A Unidade Básica de Saúde (UBS), como lócus privilegiado do SUS, é definida pelas políticas de saúde num plano formal que estabelece sua finalidade e seus papéis na sociedade. Porém, em outros planos, existem forças que atuam na construção desse ambiente e são constituídas como campos de disputa. A força médico-hegemônica, a biopolítica e o mercado, por exemplo, incidem sobre a subjetividade dos trabalhadores e seus campos relacionais (intersubjetividade). Os planos da sociedade medicalizada, das indústrias de equipamentos e medicamentos e das corporações (aqui representado pelo modelo gerencial), por exemplo, se cruzam em múltiplos encontros e disputas e formam o desenho da UBS.<sup>11</sup>

Para muito além dos cursos, capacitações, oficinas e outros dispositivos induzidos pela PNEPS, é necessária a compreensão da EPS numa concepção mais abrangente, sob a égide crítica e reflexiva do trabalho criativo e vivo em ato, dos encontros (e desencontros) e disputas que ocorrem na micropolítica da gestão e do cuidado da Rede Básica de Saúde.<sup>12</sup>

Como observado pelo gestor, a EPS é condição fundamental, “sine qua non”, e como “educação no trabalho e para o trabalho” deve permear cotidianamente o serviço, seja em conversas de corredor ou em reuniões com espaço protegido para formação, discussão de casos e projetos terapêuticos que vão muito além da qualificação pontual das equipes.

O discurso da ACS mostra uma EPS revestida das relações e das interações entre os atores envolvidos nos processos de trabalho ocorridos na UBS, sendo um dispositivo importante para ressignificar as tecnologias duras e leve-duras, e operar por meio das tecnologias leves como centrais nos espaços de troca de experiências.<sup>13</sup>

Nesse sentido, dialogamos com Peduzzi et al. (2009) que colocam o termo educação permanente e educação continuada em planos opostos e complementares: enquanto uma se baseia na aprendizagem significativa, na ação-reflexão-ação, no protagonismo dos trabalhadores de forma multiprofissional voltadas

para a mudança de práticas hegemônicas, o outro se ampara na educação bancária (ou transmissiva), uni-profissional, e de mudanças organizacionais amparadas por modelos de administração clássica.<sup>12</sup>

Todavia, como apontado por Feuerwerker (2016), o modelo gerencialista não privilegia o espaço promovido pela EPS, pois foca na supervalorização de metas e indicadores quantitativos e influencia fortemente o cotidiano destes trabalhadores, sendo uma das forças que atravessam a produção de cuidado na rede básica.<sup>6</sup>

### Ações de Educação Permanente em Saúde

O conceito de EPS é polissêmico e engloba modos distintos de operar, ora voltado à formação, ora como estratégia de gestão do cuidado. Algumas equipes utilizam a EPS como ferramenta para problematização da prática em saúde e criação de novas estratégias ao cuidado, além de processos formativos por meio de oficinas e encontros.

Apesar das diferentes ações de formação técnica, superior e qualificação da força de trabalho promovidas pela Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS), observamos que as EqSF apresentaram pouca adesão ou subutilização de atividades de educação digital.

Ao nos debruçarmos sobre a baixa adesão ou o desconhecimento dessas ofertas, elencamos alguns fatores: precariedade de instalações físicas e de equipamentos de informática, desinteresse dos trabalhadores e/ou gestor, baixa qualidade de banda larga ou ausência de um tempo protegido em agenda para que os trabalhadores tenham acesso aos cursos.

### Barreiras e facilitadores para a EPS sob a ótica das EqSF e gestores

As entrevistas e grupos focais levantaram importantes questões sobre o cotidiano vivenciado pelas EqSF, no contexto de atividades educativas e formativas no trabalho.

A fala do cirurgião-dentista A (Tabela 5) revela a influência de uma lógica dominante do trabalho médico, com seu núcleo cuidador empobrecido e orientada à produção de procedimentos; essencialmente o número pelo número (ou a meta pela meta).<sup>6-11</sup>

## Conclusão

Dialogando com o presente estudo, os resultados de uma pesquisa-ação realizada com 33 profissionais da APS no município de Arvorezinha, no estado de Rio Grande do Sul, mostraram que a sobrecarga de trabalho e a falta de infraestrutura e de participação dos profissionais se constituem como entraves nos processos de EPS.<sup>14</sup>

Além disso, a literatura aponta algumas dificuldades para a concretização de atividades de formação, educação permanente e continuada, que advêm de diversos fatores: falta de ferramentas para a operacionalização da política pelos gestores, necessidade de articulação entre os níveis de gestão, falta de profissionais qualificados e com adesão a atividades educacionais, falta de planejamento, rotatividade dos profissionais devido ao vínculo precário e enfoque no trabalho fragmentado por profissões.<sup>15-17</sup>

Um estudo qualitativo realizado no noroeste do Rio Grande do Sul demonstrou que a desvalorização da educação permanente, e o desconhecimento dos gestores locais sobre a PNEPS e da própria EPS como ferramenta de gestão, repercutem nos diversos atores envolvidos no cuidado em saúde na APS de forma negativa.<sup>16</sup>

Embora fossem identificados entraves, os trabalhadores apontaram dispositivos cotidianos que, de acordo com visão das equipes, são facilitadores para a concretização das práticas de EPS no cotidiano, como a reunião de equipe e o desenvolvimento de oficinas.

A manutenção de espaços para a promoção de atividades de EPS, planejamento prévio, utilização de metodologias ativas e integração da equipe são agentes facilitadores que foram identificados no município do Rio Grande do Sul. Nesse estudo, a garantia de um tempo protegido, a valorização do trabalhador e da lógica da EPS pelo gestor também foram considerados como facilitadores para a EPS na prática.<sup>14</sup>

Quando tomada como um dispositivo para a gestão do cuidado, em alinhamento aos princípios e diretrizes do SUS, a EPS pode promover a reflexão e aprendizado a partir de diferentes contextos, dialogando com as singularidades locais, para a produção do trabalho vivo em ato nos territórios. Ao vivenciar a EPS no cotidiano do fazer em saúde, gestores e trabalhadores interrogam as suas práticas; se aproximam mais de sua concepção enquanto estratégia de gestão; inventam espaços formais e informais para a garantia dos encontros entre os mesmos; e, reconhecem o seu protagonismo e potência para a construção de conhecimento e de estratégias coletivas e compartilhadas que fazem diferença na produção do cuidado no SUS.

A contribuição deste estudo reside na importância de dar voz aos profissionais da saúde, no sentido de reunir um conhecimento que tem como matéria-prima opiniões, crenças, valores, relações e ações humanas e sociais, sob a perspectiva dos atores que atuam no cenário da APS. Gestores e trabalhadores de diferentes categorias profissionais compartilham visões e concepções ora semelhantes, ora distintas, acerca do saber e do fazer em saúde, e poderão ser aprofundadas em novos estudos na área.

## Contribuições dos autores

Oliveira IV participou da concepção da pergunta de pesquisa, delineamento metodológico, busca e análise dos dados da pesquisa, interpretação dos resultados e redação do artigo científico. Silva EAP participou da coleta e interpretação dos dados, delineamento metodológico, interpretação dos resultados e redação do artigo científico. Pereira PBA participou da interpretação dos resultados e redação do artigo científico. Bonfim D e Zilbovicius C participaram do delineamento metodológico e redação do artigo científico. Oliveira, RN participou da concepção da pergunta de pesquisa, delineamento metodológico e redação do artigo científico. Todos os autores revisaram e aprovaram a versão final e estão de acordo com sua publicação.



## Conflitos de interesses

Nenhum conflito financeiro, legal ou político envolvendo terceiros (governo, empresas e fundações privadas, etc.) foi declarado para nenhum aspecto do trabalho submetido (incluindo, mas não se limitando a subvenções e financiamentos, participação em conselho consultivo, desenho de estudo, preparação de manuscrito, análise estatística, etc.).

## Referências

1. Ministério da Saúde (Brasil). Relatório final sobre o processo de implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS). [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2019. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/330321811\\_RELATORIO\\_FINAL\\_ANALISE\\_DO\\_PROCESSO\\_DE\\_IMPLMENTACAO\\_DA\\_POLITICA\\_NACIONAL\\_DE\\_EDUCACAO\\_PERMANENTE\\_EM\\_SAUDE\\_PNEPS](https://www.researchgate.net/publication/330321811_RELATORIO_FINAL_ANALISE_DO_PROCESSO_DE_IMPLMENTACAO_DA_POLITICA_NACIONAL_DE_EDUCACAO_PERMANENTE_EM_SAUDE_PNEPS)
2. Oliveira IV, Santos JMM, Almeida FCS, Oliveira RN. Educação Permanente em Saúde e o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica: um estudo transversal e descritivo. *Saúde Debate*. 2020;44(124):47-57. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012403>
3. Ministério da Saúde (Brasil). Universidade Aberta do SUS [Internet]. Brasília: UNA-SUS; 2017. Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/noticia/una-sus-atinge-o-marco-de-1-milhao-de-matriculas-1>
4. Feuerwerker LCM. Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação. Porto Alegre: Editora Rede Unida; 2014. p. 174.
5. Bomfim ES, Oliveira BG, Rosa RS, Almeida MVG, Silva SS, Araújo IB. Educação permanente no cotidiano das equipes de saúde da família: utopia, intenção ou realidade? *R. pesq. cuid. fundam. online*. 2017;9(2):526-35. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i2.526-535>
6. Feuerwerker LCM. Faz SUS, desmancha SUS no município de São Paulo. In: Merhy EE, Baduy RS, Seixas CT, Almeida DES, Slomp Júnior H. Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes. Rio de Janeiro: Hexis; 2016. Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/wp-content/uploads/2021/05/Livro-Políticas-e-Cuidados-em-Saude-Livro-1-%E2%80%93-Avaliacao-Compartilhada-do-Cuidado-em-Saude-Surpreendendo-o-Instituido-nas-Redes.pdf>
7. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2014.
8. Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. 5a. ed. São Paulo: Atlas; 1999.
9. Richardson RJ. Pesquisa social: métodos e técnicas. 3a. ed. São Paulo: Atlas; 1999.
10. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/instrumento\\_ae\\_sfp.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/instrumento_ae_sfp.pdf)
11. Merhy EE, Feuerwerker LCM, Santos MLM, Bertussi DC, Baduy RS. Rede Básica, campo de forças e micropolítica: implicações para a gestão e cuidado em saúde. *Saúde debate*. 2019;43(6):70-83. <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S606>
12. Peduzzi M, Guerra DAD, Braga CP, Lucena FS, Silva JAM. Atividades educativas de trabalhadores na atenção primária: concepções de educação permanente e de educação continuada em saúde presentes no cotidiano de Unidades Básicas de Saúde em São Paulo. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. 2009;13(30):121-34. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832009000300011>
13. Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec; 2002.
14. Pinheiro GEW, Azambuja MS, Bonamigo AW. Facilidades e dificuldades vivenciadas na Educação Permanente em Saúde, na Estratégia Saúde da Família. *Saúde Debate*. 2018;42(4):187-97. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S415>
15. Lamante MPS, Chirelli MQ, Pio DAM, Tonhom SFR, Capel MCM, Corrêa MESH. A educação permanente e as práticas em saúde: concepções de uma equipe multiprofissional. *Revista Pesquisa Qualitativa*. 2019;7(14):230-44. <https://doi.org/10.33361/RPQ.2019.v.7.n.14.268>
16. Silva LAA, Soder RM, Petry L, Oliveira IC. Educação permanente em saúde na atenção básica: percepção dos gestores municipais de saúde. *Rev Gaúcha Enferm*. 2017;38(1):e58779. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.01.58779>
17. Ferreira L, Barbosa JSA, Esposti CDD, Cruz MM. Educação Permanente em Saúde na atenção primária: uma revisão integrativa da literatura. *Saúde Debate*. 2019;43(120):223-39. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912017>