

GESTÃO DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM ENFERMAGEM E SAÚDE

Data de aceite: 21/01/2023

Cintia Koerich

Secretaria de Estado da Administração de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil

Vania Marli Schubert Backes

Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador, BA, Brasil

Bruna Pedrosa Canever

Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis, SC, Brasil

Daniele Farina Zanotto

Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC)/ EBSEH, Florianópolis, SC, Brasil

avanços, permanecia uma crítica ao modelo hegemônico de educação utilizado, o qual se baseava em cursos pontuais realizados fora do ambiente de trabalho e pautados em métodos transmissivos de conhecimento que objetivavam atualizar, capacitar ou mesmo especializar uma categoria profissional específica.¹

Diante disso, o conceito de Educação Permanente em Saúde (EPS) foi elaborado baseado na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais. Realizada no cotidiano de trabalho, a partir dos problemas enfrentados nesse ambiente, a EPS leva em consideração os conhecimentos e as experiências que os profissionais já possuem e assim propõe que o processo de aprendizagem destes se dê a partir da problematização da realidade laboral. Assim como, que a formação considere as necessidades de saúde das pessoas e populações, objetivando a transformação tanto das práticas profissionais quanto da

INTRODUÇÃO

A partir dos anos 1970, com a expansão do sistema de saúde brasileiro e a consequente necessidade de desenvolvimento de profissionais para o setor, cresceu a oferta de programas de formação, os quais buscaram construir modelos político-pedagógicos interessados na promoção do diálogo entre ensino e serviços de saúde. No entanto, apesar dos

própria organização do trabalho.²

Atualmente, os serviços de saúde carecem de EPS, considerando o rápido avanço do conhecimento e necessidade de incorporação tecnológica, assim como de novas formas de gestão que assumam a responsabilidade tecnocientífica, social e ética do cuidado em saúde.³ Diante de tal desafio, é preciso haver um processo permanente de desenvolvimento profissional, por meio de ações intencionais e planejadas, para o aprimoramento de competências profissionais e gerenciais, que empreendam um trabalho articulado entre instituições formadoras e gestão do sistema de saúde em suas várias esferas. A base dessas ações é o fortalecimento das relações horizontais no cotidiano do trabalho em saúde que favoreçam o diálogo e a participação ativa dos atores envolvidos nesse processo de transformação. Essas ações refletem no processo de trabalho das equipes de saúde, e desta forma, nas práticas organizacionais, interinstitucionais e intersetoriais.²

Os serviços de saúde são constituídos por uma vasta diversidade tecnológica, desde tecnologias leves, leve-dura e dura, e por profissionais de diferentes áreas do conhecimento. Entretanto, apesar de as profissões na saúde apresentarem seu nicho de conhecimento bem definido, a interação desse conhecimento precisa acontecer e é nesse sentido que a Política Nacional de educação Permanente em Saúde (PNEPS) prevê uma abordagem interdisciplinar dos problemas e ações relacionadas aos processos de trabalho em saúde.²

Dentre os profissionais que atuam nos serviços de saúde, cabe destacar a atuação do enfermeiro na implementação das práticas de EPS, visto que se apresenta constantemente a frente de ações que visam a democratização dos espaços de trabalho, o desenvolvimento da capacidade de aprender e de ensinar, a busca de soluções criativas para os problemas, o desenvolvimento do trabalho em equipe multidisciplinar e interdisciplinar, a melhoria da qualidade do cuidado em saúde e a humanização do atendimento.¹

Neste tocante, este capítulo abordará a EPS segundo os preceitos da PNEPS com o olhar ampliado para os todos os atores envolvidos no processo de pensar e fazer saúde, porém, destacando o potencial do profissional enfermeiro nos diversos cenários dos serviços de saúde diante da importância de sua atuação junto à equipe multiprofissional e empenho na construção da interdisciplinaridade.

O capítulo apresentará o contexto histórico e as bases conceituais da EPS, como a EPS vem sendo construída em diferentes cenários da Rede de Atenção À Saúde (RAS) no Sistema Único de Saúde (SUS), os avanços e desafios que a PNEPS tem enfrentado nesse processo, assim como novas abordagens utilizadas na prática para sua efetiva implementação.

EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: ASPECTOS HISTÓRICOS E MARCO CONCEITUAL

A construção e implementação da EPS é um processo que se caracteriza por (des)continuidades, rupturas e (re)construções influenciado por mudanças na gestão, a qual determinou diferentes expressões políticas, ideológicas e epistemológicas nos serviços de saúde.⁴

Na década de 1970, o conceito de EPS foi inicialmente trabalhado pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e, nessa mesma década, a EPS passou a ser base da política educacional da Organização das nações unidas para Educação, ciência e cultura (UNESCO). O objetivo central da EPS nessa época se baseava no chamado “adestramento” de profissionais de saúde⁵ cujo enfoque estava no processo de preparação de pessoal para a área de saúde numa perspectiva de instrumentalização para o trabalho, com ênfase tecnicista e ancorado por uma educação baseada na transmissão de conhecimento.⁴

No final desse período, quando o movimento pela Reforma Sanitária no Brasil teve seu início, já se pensava na criação de uma política pública específica para a educação na saúde, pois era necessário repensar as propostas tidas como tradicionais, as quais não estavam de acordo com as necessidades dos serviços¹⁻⁶. Nesse sentido, em 1976, com o apoio da OPAS, é criado o Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde (Ppreps), o qual buscava uma formação baseada nas necessidades e possibilidades dos serviços de saúde.⁵

No entanto, foi com a construção do SUS na década de 1980 e a redação da Constituição Federal de 1988, artigo 200, inciso III, a qual atribui ao SUS a competência de “ordenar a formação de recursos humanos na área da Saúde”⁷ que a formação profissional passou a ser um fator essencial para o processo de consolidação da Reforma Sanitária brasileira.

Nesse período, a EPS assume como termos norteadores a “capacitação” e “profissionalização” em seu discurso de educação e formação em saúde, especialmente com a criação do Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) em 1991 e do o Programa de Saúde da Família (PSF) em 1994, assim como, posteriormente no ano de 2000, com o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (Profae). Esses processos resultaram na necessidade de reformulação dos currículos dos cursos da área da saúde e da participação ativa das Instituições de Ensino Superior (IES) nas ações de EPS.⁴

Em 2003 é criada no Ministério da Saúde (MS) a Secretaria de Gestão de Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES), constituindo-se como órgão responsável por formular as políticas que orientariam a gestão, a formação, a qualificação e a regulação dos

trabalhadores de saúde do Brasil, por meio do diálogo entre diferentes atores de instituições e entidades representativas da gestão do SUS, como o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) e o Conselho Nacional de Saúde (CNS). Nesse mesmo ano, na XII Conferência Nacional de Saúde e no Conselho Nacional de Saúde, a PNEPS foi aprovada como política específica no interesse do SUS, o que se pode constatar por meio da Resolução n.º 335/2003.^{6,8}

Em 2004, a EPS foi estabelecida como política pública por meio da Portaria n.º 198/04, sendo uma estratégia de consolidação do SUS para capacitar trabalhadores em saúde por meio de um processo permanente de educação. A partir dos Polos de Educação Permanente em Saúde (PEPS), essa portaria amplia o âmbito da atuação da EPS da tradicional parceria ensino-serviço, previsto pela OPAS, para outros segmentos compondo o chamado Quadrilátero da EPS: ensino, gestão, atenção e controle social, com destaque para os seguintes atores: trabalhadores, gestores, usuários, professores/acadêmicos.⁹ No âmbito das IES, foram criados o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pro-Saúde) e o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), com vistas e incentivar mudanças curriculares nos cursos de graduação na área da saúde.⁴

A proposta da PNEPS prevê que toda a política de formação e desenvolvimento profissional para o SUS seja baseada no conceito de EPS e articule as necessidades com a capacidade resolutiva dos serviços de saúde, com as possibilidades de desenvolvimento profissional e com a gestão social sobre as políticas públicas de saúde. Assim, o conceito assumido pela PNEPS considera a EPS como aprendizagem no local de trabalho, em que o aprender e o ensinar estão incorporados no cotidiano das organizações e em que se inclui a rede de serviços oferecida pelo SUS, a fim de que se trabalhe de forma articulada. Além disso, a EPS também reconhece os contextos e histórias e assegura adequado acolhimento e responsabilização pela saúde das pessoas e população.²

A PNEPS defende que as metodologias ativas de conhecimento, baseadas na pedagogia problematizadora e na aprendizagem significativa – a qual considera o conhecimento anterior e a experiência dos participantes –, devem permear todas as práticas educativas em saúde de forma a fazer sentido aos envolvidos.² Problematização, nesse contexto, significa uma reflexão crítica sobre a prática, porém isso não se pode fazer isoladamente, o que pressupõe um rompimento da lógica individualista para a valorização do trabalho em equipe. Tal ação implicaria em estimular, nesses atores/trabalhadores, transformações no seu modo de agir e de pensar, de forma a envolvê-los ativamente na dinâmica das instituições, num movimento de horizontalização de saberes e decisões.¹⁰

A PNEPS foi revista e alterada pela Portaria n.º 1.996/2007, a qual dispõe a respeito

das diretrizes para a implementação da PNEPS. De acordo com essa portaria, os PEPS passariam a se reorganizar em Centros de Integração Ensino Serviço (CIES), agora coordenados pelos Colegiados de Gestão Regional (CGR) e orientados pelo Plano de Ação Regional para a Educação Permanente em Saúde (PAREPS). Os CIES são responsáveis pela formulação, condução e desenvolvimento da PNEPS.¹¹

Tanto a Portaria n.º 198/2004 como a n.º 1.996/2007 sugerem que os processos de qualificação dos profissionais tenham foco nas necessidades reais do ambiente de trabalho, com o propósito de impactá-las e transformá-las. Apresentam a proposta de serem estruturados a partir da problematização dos processos de trabalho, da valorização do papel da equipe multidisciplinar/interdisciplinar, do trabalho coletivo e do caráter socioeducativo, sem diminuir a importância da formação técnica específica.^{9,11} Destacam o SUS, diante de sua dimensão e amplitude, como cenário favorável para o desenvolvimento de práticas educativas em saúde, visto que os locais de produção do cuidado favorecem a prática da produção pedagógica, pois propiciam o encontro criativo entre os trabalhadores e destes com os usuários.¹²

Em relação ao financiamento da PNEPS, a Portaria 198/2004 previa que os recursos financeiros destinados a PNEPS seriam repassados diretamente aos PEPS, porém algumas práticas em relação à compra e venda de cursos, conhecidas como 'balcão de cursos', fizeram com que essa portaria fosse revisada em 2007. Desta forma, com a portaria 1996/2007, o repasse passa a ser de fundo a fundo, por meio do Bloco de Financiamento da Gestão do SUS, ou seja, do MS para as Secretarias Estaduais de Saúde e destas para as Comissões Intergestores Bipartite (CIB), no entanto, essa modificação acabou dificultando o repasse da verba destinada ao desenvolvimento da política. Outro dificultador do repasse financeiro foi o fato de que os recursos passaram a ser liberados pautados em linhas prioritárias estabelecidas pelo MS, e não pelos CIES.^{1,9,11}

Em 2017, a Conferência Panamericana de Saúde apontou alguns desafios no processo de educação dos profissionais de saúde, dentre elas o perfil profissional, as condições de trabalho, produtividade e desempenho.⁸ No mesmo ano o MS lançou o Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no SUS (PROEPS-SUS) por meio da portaria n.º 3.194/2017 em resposta a necessidade de financiamento e planejamento das ações de EPS de forma a torná-las efetivas na prática profissional. O programa é direcionado ao âmbito da atenção básica e caracterizado pelo repasse financeiro do MS diretamente aos municípios, ficando os estados, juntamente aos municípios e CIES, a atribuição de elaborar o Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde (PEEPS).¹²

Ainda, buscando dar visibilidade à experiências inovadoras no campo da EPS, o

Departamento de Gestão da Educação na Saúde (Deges/SGTES/MS), em parceria com a Opas/Organização Mundial da Saúde (OMS), lançou o Edital do Laboratório de Inovações em Educação na Saúde com ênfase na Educação Permanente em Saúde.¹² Para subsidiar tecnicamente o processo de planejamento e programação das ações de EPS nos estados, foi elaborado um manual, intitulado ‘Orientações para o planejamento das ações de Educação Permanente em Saúde no SUS’, encaminhado a todas as Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e Secretarias Municipais de Saúde (SMS) para auxiliar a elaboração dos Planos de Educação Permanente. Em 2018, foi realizada, em Brasília, a Oficina Nacional, para apresentação de propostas preliminares sobre o sistema de monitoramento e avaliação das ações de EPS⁹, sendo estes um grande desafio a ser superado.

Nesse tocante pode-se afirmar que a EPS caminha em um processo de construção, marcado por constantes investidas por parte do MS no sentido de tornar sua implantação efetiva nos serviços de saúde. No entanto, observa-se que o principal entrave para essa efetivação está nas raízes históricas desse processo, cujo foco inicial estava na centralidade do trabalho em detrimento dos sujeitos. Ao passar essa centralidade para os sujeitos pode-se perceber a importância dialógica das relações entre os diferentes atores envolvidos, no entanto, essa mudança de perspectiva fez com que sua base conceitual permanecesse nebulosa e confusa.^{4,13}

Dito isto, ressalta-se a ausência de consenso em relação aos termos Educação Continuada (EC) e EPS. Considerando que autores defendem que a EC pode estar contida na EPS, por vezes ser mais ampla, ou ainda que os termos são sinônimos. No entanto, o MS faz uma distinção entre esses dois conceitos e coloca que a EC está baseada em ações de caráter pontual, fragmentadas, com metodologias tradicionais de ensino. Já a EPS apresenta-se como estratégia capaz de oferecer oportunidades de participação da equipe nas discussões, decisões e aperfeiçoamento do trabalho com objetivo de integrar os atores envolvidos no processo de cuidado e garantir a melhoria contínua da assistência.²

Enquanto a EC possui como componentes de sua matriz conceitual a pedagogia da transmissão; momentos educacionais delimitados; identificação de necessidades e objetivos por outros de fora do contexto laboral; determinação centralizada de prioridades; participação regulada; e educação uniprofissional. A EPS propõe a “educação no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho”; a pedagogia da problematização; participação ampliada; enfoque estratégico; a interprofissionalidade e a interdisciplinaridade.¹⁴

Cabe destacar aqui que a interdisciplinaridade pode ser entendida como um trabalho que envolve diversas ações, saberes e relações de interação dinâmica entre diversas disciplinas, exigindo permeabilidade entre os saberes para que se possa exercer o cuidado resolutivo e a transformação no processo de trabalho e na forma de fazer saúde.²

A interprofissionalidade, por sua vez, se trata da integração de práticas e tem sido apontada como uma ação exitosa no âmbito das residências em saúde, especialmente pela sua articulação intencional e colaborativa entre diferentes profissões, trazendo ações mais resolutivas e integrais¹⁵, o que pode contribuir para mudanças no âmbito da graduação e criar novos mecanismos na EPS.

Retomando, não se trata de um conceito estar errado e o outro certo, mas que talvez estes possam se complementar na dinâmica da construção da EPS nos serviços de saúde. Entretanto, evidencia-se que a ênfase na troca de saberes e experiências, a valorização do saber do profissional e o envolvimento desses no processo de EPS são práticas que fortalecem a autonomia e a interdisciplinaridade/interprofissionalidade nos serviços de saúde.

GESTÃO DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Na perspectiva da Atenção Primária a Saúde (APS), os serviços de saúde passaram a ser mais próximos dos usuários configurando-se como o primeiro contato aos cuidados essenciais à saúde desde 1978 em que ocorreu a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, tornando a APS o primeiro patamar entre usuários e o sistema de saúde vigente. Assim, no Brasil com a implantação do PSF em 1994, posteriormente denominado ESF, buscou-se reorientar e reorganizar a APS com o foco da atenção a saúde centrada na família, aproximando profissionais de usuários no intuito de entender as necessidades reais da população.¹⁶

Neste contexto, a EPS surge para fortalecer a articulação dos saberes cotidianos construídos entre usuário-profissional-serviço-comunidade, buscando diferentes formas de suprir as demandas em saúde e transformando a realidade social.¹⁷ Trata-se de uma mudança fundamental na concepção e na forma de como deve acontecer o cuidado. Os saberes e práticas não somente técnicos precisam se articular à construção de um processo de valorização da subjetividade, onde os serviços de saúde possam tornar-se qualificados. Assim, a EPS potencializa a inter-relação entre serviço, população, instituições de ensino e gestão favorecendo o modelo de atenção e as práticas de cuidado à saúde na atenção primária.¹⁸

A EPS pode ser entendida como a aprendizagem a partir do cotidiano do trabalho onde este processo ocorre “in lócus” possibilitando à transformação das práticas dos trabalhadores da saúde por meio de aprendizagem significativa a partir do conhecimento dos mesmos articulados as necessidades do serviço.²

Assim, tendo como pano de fundo o cotidiano da produção do cuidado e a formação

em saúde com sua complexa organização e imprevisibilidade, a EPS descortina-se como um processo educativo, dialógico, problematizador, relacional e ético-político, ao incorporar os saberes, as invenções e as relações concretas do mundo do trabalho vivo à aprendizagem, promovendo significados e possibilitando a construção de espaços coletivos para autoanálise, autogestão, reflexão e avaliação do sentido e da afecção dos atos produzidos pelos trabalhadores.¹⁹

Nesse cenário, o enfermeiro é reconhecido por sua liderança, seja por características naturais do profissional, seja por sua formação, e desempenha suas atividades juntamente a equipe multiprofissional no sentido de promover o acolhimento dos usuários, garantir a integralidade do cuidado e a resolutividade das necessidades de saúde da população atendida.²⁰

No entanto, observa-se que a atuação do enfermeiro por vezes limita-se ao atendimento da demanda espontânea em detrimento do planejamento de outras atividades como a consulta de enfermagem, visita domiciliar, educação em saúde, reuniões de equipe, e da EPS. Nesse tocante, diante dos vários desafios, existe a necessidade de valorização da EPS enquanto parte do cuidado e do processo de trabalho em saúde a qual pode ser incorporada no cotidiano do trabalho na APS.²¹

A EPS constitui-se como estratégia fundamental para as transformações do processo de trabalho na APS criando espaços para a atuação crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e tecnicamente competente. Sendo necessária a descentralização e disseminação da capacidade pedagógica entre seus trabalhadores, gestores, serviços e sistema de saúde.²²

Assim, na busca da transformação do modelo assistencial, biomédico curativista, é fundamental valorizar a EPS produzida pelo encontro dos sujeitos em ato, bem como o uso das tecnologias leves na práxis do cotidiano¹⁷, onde as rodas de conversa e reuniões de equipe no cenário da APS se destacam pela aprendizagem significativa e uso da problematização do processo de trabalho com foco na transformação das práticas profissionais e da organização do trabalho.²³ A EPS deve ser reconhecida como mola propulsora do desenvolvimento/reflexão, e utilizada como mecanismo diário que desperta o protagonismo de todos envolvidos no processo garantindo trocas de saberes, revisão das práticas, interações e ainda a organização da atenção na APS.¹⁷

Contudo, inúmeros são os desafios de compreensão da EPS como potencial de transformação do processo de trabalho. Uma revisão integrativa de literatura identificou que a maioria dos estudos selecionados apontou para uma conceituação equivocada da EPS centralizando atividades apenas no modelo de EC, e isso pode ser reflexo da educação fragmentada reproduzida muitas vezes durante a formação profissional ancorada

no modelo biomédico. Este tipo de ação educativa, apesar de ser necessária em alguns momentos, pode desencadear a alienação na forma de pensar e reproduzir práticas já instituídas, fortalecendo o modelo de atenção tradicional. Ainda essa falta de clareza em relação a base conceitual da EPS, e desta forma a ausência de uma cultura de educação ancorada na EPS, faz com que permaneçam ações descontinuas e com pouca aderência e envolvimento dos profissionais às iniciativas e práticas de educação.²³

Outras fatores interferem no desenvolvimento da EPS no cenário da APS como sobrecarga de trabalho pela falta de profissionais, alta rotatividade de profissionais e gestores, não valorização das iniciativas de EPS pelos gestores, assim como perfil inadequado, falta de experiência e conhecimentos sobre o contexto do SUS por estes, falta de planejamento nas ações de EPS, participação incipiente dos usuários, enfoque uniprofissional das ações, falta de ações e instrumentos de monitoramento e avaliação do processo de EPS entre outras.^{13,23}

Como avanços da área citam-se algumas iniciativas no sentido de promover a qualificação dos trabalhadores através da realidade buscando a transformação do processo de trabalho, como o Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no SUS (PROEPS-SUS)²⁴; a integração ensino-serviço-comunidade com a criação dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES)²⁵; a aproximação ensino-serviço com o Pro e Pet-Saúde²³; a concepção do 1º Laboratório de Inovação em Educação na Saúde da América Latina¹²; e a Educação Interprofissional em Saúde (EIP) como reorientação da formação em saúde.²⁶

Ainda tecnologias duras se destacam como iniciativas de EPS na APS como recursos tecnológicos utilizados para a educação à distância e o Telesaúde.²³ Estudo brasileiro destacou o uso da Telenfermagem, com foco no tema sobre amamentação, como instrumento tecnológico eficaz no apoio técnico-assistencial e ético-político dos trabalhadores na APS, visando auxiliar no desenvolvimento de competências que permitam uma postura crítica e reflexiva das equipes de saúde, conservando aspectos como a interação humana e o respeito a individualidade do ser humano. Para tanto este recurso deve ser inserido ainda na formação dos profissionais de enfermagem apresentando-se como uma estratégia inovadora e promissora por impactar diretamente na EPS.²⁷

Cabe destacar a EIP como estratégia potencial para fortalecimento do SUS por ser uma intervenção em que membros de mais de uma profissão da saúde aprendem em conjunto, de forma interativa, tanto nas instituições formadoras como no cenário laboral, com o propósito explícito de melhorar a colaboração interprofissional e conseqüentemente a produção de saúde.^{26,28}

Nesse sentido, a interação ensino-serviço é de suma importância para o

desenvolvimento da EPS na APS por favorecer a troca de experiências e conhecimentos entre universidades e serviço, como nos casos da tutoria e da residência multiprofissional.²³ A residência multiprofissional possui potencial para atuar na mudança de atitude dos profissionais na área de saúde, sensibilizando-os para uma atuação além dos paradigmas vigentes, sendo capaz de proporcionar a integração de diferentes disciplinas ao articular saberes específicos e compartilhar ações. Ainda, os residentes são considerados importantes atores na identificação de nós críticos e na criação de alternativas estratégicas e inovadoras na gestão do SUS.²⁹

Como resposta ao a falta de ações e instrumentos de monitoramento e avaliação do processo de EPS, pode-se mencionar aqui no âmbito da APS o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) como uma iniciativa ministerial que busca garantir um padrão de qualidade neste ponto da RAS e, apesar de algumas limitações do instrumento de avaliação externa em relação às práticas de EPS, este de certa forma, busca avaliar tais ações ao questionar sobre a participação, ações realizadas e o tipo de ações realizadas, utilização de recursos tecnológicos, a participação das IES em atividades de ensino, pesquisa e/ou extensão, a frequência e articulação destas com o processo de trabalho.¹³

Em suma, para que EPS seja adotada como referência política e conceitual, sendo o eixo norteador de ações e práticas previstas na APS, é necessária a interface entre ensino, serviço e comunidade, bem como a sensibilização e o envolvimento dos gestores e a atuação comprometida com o cuidado, a saúde e a educação, a partir da prática reflexiva dos profissionais de saúde fundamentados nas premissas e diretrizes do SUS.²³

GESTÃO DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NA ATENÇÃO HOSPITALAR

Ao iniciar a discussão sobre a EPS no âmbito hospitalar é importante destacar que o contexto histórico da atenção hospitalar se difere do contexto da APS no Brasil e para tanto as dinâmicas previstas pela PNEPS encontram nesse cenário um desafio um tanto maior.

No final do século XIX e início do século XX com o avanço industrial e a aglomeração da classe operária nos centros urbanos surge um modelo hegemônico na saúde, o modelo médico-assistencial privatista, com aumento do custo da assistência hospitalar onde o hospital torna-se ponto de referência para o atendimento de saúde caracterizando o modelo “hospitalocêntrico” de atenção à saúde.³⁰ Assim, com o surgimento do SUS na década de 1980, a efetivação de seus princípios encontrou neste modelo um desafio para sua implementação.

No cenário contemporâneo, as instituições hospitalares são consideradas

organizações complexas que lidam com objetos complexos, envolvendo o processo de saúde, doença e os riscos advindos desta. São compostas por uma grande diversidade/variabilidade tecnológica e constituídas por profissionais de diferentes áreas do conhecimento que detêm autonomia exercida de forma desigual relacionada ao poder que acumulam evidenciando uma “hierarquia” institucional.³¹

O enfermeiro no cenário hospitalar configura-se um ator importante no processo de transição e reestruturação dos serviços, uma vez que possui formação gerencial e está constantemente envolvido nas ações que abrangem a inclusão do paciente nos cuidados de saúde, o aperfeiçoamento da equipe de enfermagem, a integração da equipe multiprofissional, a humanização do cuidado, a segurança do paciente, a qualidade, entre outras.³²

Cabe destacar aqui a importância da liderança na atuação do enfermeiro para instrumentalização e inovação do processo de trabalho, por meio da gestão do cuidado e da produção e/ou utilização de tecnologias, a exemplo, dos sistemas de informação para implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), a qual além de facilitar o controle das ações e a tomada de decisão do enfermeiro, contribui para a segurança do paciente.³³ Quanto a isso, pode-se afirmar que o aprimoramento de competências no profissional enfermeiro tem relação direta com a segurança do paciente e com a qualidade assistencial no contexto hospitalar.³⁴

Ao gerenciar a EPS na atenção hospitalar, o enfermeiro precisa reconhecer e considerar a necessidade de abertura de espaços formais e informais no cotidiano laboral, o fortalecimento da supervisão, o uso de tecnologias e práticas inovadoras de educação (Capacitação *in loco*/Simulação), o apoio institucional/gerencial, a interação das instituições formadoras, das equipes de saúde e desta com o paciente (inserção do paciente na problematização da realidade laboral).³⁵

Segundo a PNEPS a EPS apresenta-se como espaço de aprendizado no trabalho a partir da discussão dos problemas que emergem da prática profissional de forma multiprofissional e interdisciplinar.² A reflexão sobre o processo de trabalho e a transformação das práticas devem ocorrer no serviço, buscando resolver os problemas do cotidiano local. É configurada como “aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações”.²⁸

Frente aos pressupostos conceituais da EPS, considera-se um nó crítico o momento em que se deixa de refletir sobre a prática, tornando o cuidado automático e meramente funcional, sem que haja compreensão da atuação e a reflexão sobre os erros e acertos do processo. Isso é percebido quando o objetivo da prática se torna exclusivamente o cumprimento de tarefas e rotinas padronizadas de forma mecânica, deixando de lado

o “pensar sobre as ações”. É preciso haver um movimento contrário à mecanização do cuidado e nesse sentido está a importância do desenvolvimento de ações ancoradas na PNEPS.

A EPS encontra dificuldade para efetivar-se na prática devido a dificuldades no entendimento de sua base conceitual e por vezes por conservar um modelo tradicional de educação no trabalho que não mais atende às necessidades dos atores que constituem esse cenário, incluindo o paciente.³⁵ O entendimento conceitual e o desenvolvimento da PNEPS no cotidiano e nas interações produzidas neste são essenciais, pois permitem a responsabilização e comprometimentos dos profissionais e gestores deixando assim de ser uma ação restrita ao Estado.³⁶

Além dessa falta de compreensão conceitual, a pouca percepção dos gestores em relação a importância das ações de EPS e desta forma a não priorização desse eixo no processo de planejamento, a alta rotatividade dos cargos de gestão, a fragmentação do processo de trabalho, a forte hierarquia institucional, a frágil articulação ensino-serviço, a ausência de recurso próprio, ações pontuais e uniprofissionais de educação, as relações de poder, a infraestrutura deficiente, a ausência de indicadores e instrumentos de monitoramento e avaliação das ações de EPS acabam por dificultar a implantação da PNEPS nos hospitais.³²

Outros desafios enfrentados na implementação de ações de EPS nas instituições hospitalares esbarram no fluxo aumentado de trabalho, no estresse, adoecimento físico e emocional do trabalhador que por vezes resulta em absenteísmo, gerando repetidos cenários inesperados e dificultando a adesão profissional às práticas educativas.

Cabe ressaltar que devido ao seu histórico, ao grande aparato tecnológico e acelerado avanço do conhecimento em relação as práticas de saúde, o ambiente hospitalar possui uma forte tendência de evidenciar a área técnica do trabalho em saúde, sendo esta a maior preocupação dos profissionais e, de certa forma supervalorizada neste meio. Entretanto, cabe mencionar que apesar de muito importante neste cenário, o acúmulo de saberes técnicos é apenas um dos aspectos para a transformação das práticas, e não o seu enfoque principal, visto que, a formação e o desenvolvimento dos profissionais de saúde comportam além de habilidades técnicas aspectos relacionados à produção de subjetividade e de conhecimento sobre o SUS.⁹

Neste cenário, os núcleos são importantes espaços de encontro e diálogo entre a equipe multiprofissional, gestores e representantes das IES, e desta forma, *starts* para ações de EPS.

Apesar de comumente a atuação do Núcleo de Educação Permanente (NEP) nos hospitais estar direcionada a alguns profissionais específicos, em especial para a

enfermagem, os encontros do NEP são espaços multiprofissionais para articular a gestão da EPS com a do trabalho propriamente dito e pensar mecanismos de efetivá-la. Assim, os problemas podem ser identificados e o plano de atuação definido em uma construção coletiva, caracterizando um espaço colegiado com enfoque na gestão participativa. A gestão participativa é considerada um meio para ruptura do modelo hegemônico de saúde com potencial para repercutir de maneira direta na produção em saúde.³⁷

A EPS apresenta-se como uma ferramenta de gestão anti-hegemônica que busca espaços de troca de experiências, apontando que a interação dos profissionais entre si e com os usuários é base para o sucesso dos processos de cuidado. Desta forma, percebe-se que, para alcançar o desenvolvimento e sucesso institucional, é preciso substituir os modelos de cuidado em que o desempenho individual e independente se sobressai, por aqueles em que o trabalho é realizado por uma equipe profissional interdependente, colaborativa e interprofissional.²⁶

Nessa lógica, as práticas educativas realizadas no ambiente hospitalar devem ser caracterizadas por práticas de desenvolvimento profissional, produzidas a partir das necessidades evidenciadas no cotidiano dos profissionais de saúde e fazerem parte de uma conformação ampliada dentro de um objetivo institucional, de forma que o seu resultado reflita na melhoria do cuidado e esteja voltado para mudança de prática e de atitude profissional.³⁵

Diante da dificuldade para conquistar adesão aos projetos de desenvolvimento profissional, o NEP carece ampliar seu olhar para além das práticas educativas propriamente ditas, buscando a integração com outras estâncias institucionais e extra institucionais para que este movimento ganhe força e adquira visibilidade de forma a potencializar a atuação profissional e melhorar o cuidado em saúde.³⁵ Nesse ponto, cabe mencionar a importância do NEP fazer parte do organograma institucional, assim como o plano de EPS estar incluso no planejamento estratégico da instituição, legitimando desta forma o apoio dos gestores.

Nesse sentido, cabe enfatizar a importância da integração do NEP com outros núcleos e comissões dentro da instituição considerando os objetivos em comum. Ressalta-se nesse sentido o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) o qual possui também a função de apoiar a direção na criação e desenvolvimento de ações de educação e melhoria da qualidade e da segurança do paciente³⁸, assim como o Núcleo de qualidade Hospitalar (NQH), que tem dentre outras atribuições a padronização das práticas em saúde e a implantação de indicadores de qualidade, ações que carecem de EPS visto que exigem uma mudança cultural.³²

Além da valorização dos núcleos, que engloba o apoio da gestão, a utilização de metodologias ativas, de tecnologias da informação, e de instrumentos de avaliação que vão

além da quantificação de cursos e participantes⁸, a residência multiprofissional, a interação público-privado, o apoio da macrogestão em saúde, o estímulo da liderança do enfermeiro, espaços colegiados, rodas de conversa, espaços informais, ações *in loco* e a construção da cultura da EPS são importantes estratégias na implantação da EPS nos hospitais, pois visam a interdisciplinaridade e a gestão participativa nesse cenário.³²

Experiências com metodologias ativas de ensino-aprendizagem, a exemplo da simulação, tem sido relatada com sucesso, pois permitem o protagonismo dos sujeitos envolvidos no processo na resolução dos problemas, trazendo a própria vivência e alternativas criativas, tornando-as mais efetivas a longo prazo. Para isso, as abordagens devem ser direcionadas de maneira dialógica, sempre que possível *in loco*, não necessariamente excluindo atividades tradicionais de atualização profissional em sala de aula, mas integrando diferentes tecnologias e práticas.³⁵

Ainda, destaca-se a importância de ter profissionais em formação dentro das instituições hospitalares, seja graduação ou pós-graduação, residências e tutorias, e que essa interação e troca seja apoiada e incentivada pelos gestores.³⁵ Já em relação à avaliação das ações de EPS neste cenário, há muito que se avançar. Em geral, as instituições utilizam instrumentos que consideram apenas o número de participantes e número de horas de curso, como também a avaliação de desempenho profissional e de diagnóstico de necessidades de aperfeiçoamento. Desta forma, a inovação, nesse tocante, é necessária e urgente para que se possa mensurar ou qualificar os resultados das práticas de EPS, dando visibilidade e valorizando tais iniciativas. O intuito é gerar mais conhecimentos, novos comportamentos e qualidade na atenção à saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após 16 anos da publicação da portaria que cria a PNEPS no SUS, observamos que muito se alcançou, porém ainda há o que ser feito, em todos âmbitos da gestão pública e cenários de cuidado.

Nesta trajetória, diversas estratégias, políticas e programas foram sendo criados entre eles, a construção de um saber comum a todas as áreas da saúde, a fim de agregar as contribuições dos diferentes núcleos para uma prática renovadora na saúde.

Estratégias como essa, promovem mudanças nos processos de trabalho e de aprendizagem, buscando a humanização do cuidado, valorização das vivências e melhores condições de trabalho e atenção à saúde.

Nesse movimento, precisamos resgatar os espaços pedagógicos que articulem os conhecimentos e capacidades racionais, bem como a singularidade dos sujeitos quando pensamos na EPS. Essa aliança pode auxiliar na interação de diferentes autores,

elaboração de projetos, ações e, também, no fortalecimento da autonomia e protagonismo. Assim, o trabalho educativo nos diversos cenários pode ressignificar a relação da educação na saúde e promoção de saúde.

Para tanto, é preciso desconstruir as barreiras do assistir, aprender, gerir e ensinar tradicional e hegemônico e buscar uma nova educação, com ações dinâmicas, complexas e inter-relacionadas com o contexto geral que envolve a EPS. Esperamos que o texto tenha ajudado o leitor a revisitar, brevemente, a história da EPS, seus movimentos na APS e na Atenção hospitalar, permitindo tecer profícuas reflexões sobre a EPS e sua complexa consolidação.

REFERÊNCIAS

1. Cardoso MLM, Costa PP, Costa DM, Xavier C, Souza RMP. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde nas Escolas de Saúde Pública: reflexões a partir da prática. *Ciênc. saúde coletiva*. 2017;22(5):1489-1500. doi: 10.1590/1413-81232017225.33222016.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília, DF; 2009. [acesso em 15 jun 2020]; Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33856/396770/Pol%C3%ADtica+Nacional+de+Educa%C3%A7%C3%A3o+Permanente+em+Sa%C3%BAde/c92db117-e170-45e7-9984-8a7cdb111faa>
3. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis*. 2004;14(1): 41-65. doi: 10.1590/S0103-73312004000100004.
4. Silva KL, França BD, Marques RC, Matos JAV. Análise dos discursos referentes à educação permanente em saúde no Brasil (1970 a 2005). *Trab. Educ. Saúde*. 2019;17(2):e0019222. doi: 10.1590/1981-7746-sol00192.
5. Paiva CH. Izabel dos Santos e a formação dos trabalhadores da saúde. *Ciênc. saúde coletiva*. 2015;20(6):1785-93. doi: 10.1590/1413-81232015206.00132015.
6. Lemos CLS. Educação Permanente em Saúde no Brasil: educação ou gerenciamento permanente? *Ciênc. saúde coletiva*. 2016;21(3):913-22. doi: 10.1590/1413-81232015213.08182015.
7. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília, DF; 1988. [acesso em 05 jun 2020]; Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm
8. Gonçalves CB, Pinto ICM, França T, Teixeira CF. A retomada do processo de implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no Brasil. *Saúde Debate*. 2019;43(e1):12-23. doi: 10.1590/0103-11042019s101
9. Brasil. Ministério da Saúde. Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde polos de educação permanente em saúde. Brasília, DF; 2004. [acesso em 15 jun 2020]; Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica2_vpdf.pdf

10. Freire P. *Pedagogia do Oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2010.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.º 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Brasília, DF; 2007. [acesso em 21 mai 2020]; Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html
12. Brasil. Ministério da Saúde. *Laboratório de Inovação em Educação na Saúde com ênfase em Educação*. Brasília, DF; 2018. [acesso em 18 jun 2020]. Disponível em: <https://apsredes.org/wp-content/uploads/2018/07/NavegadorSUS-WEB-INTER.pdf>
13. Bezerra MM, Medeiros KR. Limites do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB): em foco, a gestão do trabalho e a educação na saúde. *Saúde Debate*. 2018;42(e2):188-202. doi: 10.1590/0103-11042018s213.
14. Cavalcanti FOL, Guizardi FL. Educação continuada ou permanente em saúde? Análise da produção pan-americana da saúde. *Trab. Educ.* 2018;16(1):99-122. doi: 10.1590/1981-7746-sol00119.
15. Arnemann CT, Kruse MHL, Gastaldo D, Jorge ACR, Silva AL, Margarites AGF et al. Práticas exitosas dos preceptores de uma residência multiprofissional: interface com a interprofissionalidade. *Interface (Botucatu)*. 2018;22(Suppl2):1635-46. doi: 10.1590/1807-57622017.0841.
16. Tasca R, Massuda A, Carvalho WM, Buchweitz C, Harzheim E. Recomendações para o fortalecimento da atenção primária à saúde no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2020;44(e4):1-8. doi:10.26633/RPSP.2020.4.
17. Costa Campos K, Marques RC, Silva KL, Ceccim RB. Educação permanente em saúde e modelo assistencial: correlações no cotidiano do serviço na Atenção Primária a Saúde. *APS em revista*. 2019;1(2):132-140. doi:10.14295/aps.v1i2.28.
18. 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. Latino-am Enfermagem*. 2013;21(4):1-8. doi: 10.1590/S0104-11692013000400022.
19. Ceccim RB. “Um sentido muito próximo ao que propõe a educação permanente em saúde”! O devir da educação e a escuta pedagógica da saúde. *Interface. Comunicação, Saúde e Educação*. 2007;11(22):358-361. doi:10.1590/S1414-32832007000200015.
20. Lanzoni GMM, Meirelles BHS, Cummings G. Práticas de liderança do enfermeiro na atenção básica à saúde: uma teoria fundamentada nos dados. *Texto Contexto Enferm*. 2016;25(4)e4190015. **Erro! A referência de hiperlink não é válida.**: 10.1590/0104-07072016004190015.
21. Braghetto GT, Sousa LA, Beretta D, Vendramini SHF. Dificuldades e facilidades do enfermeiro da Saúde da Família no processo de trabalho. *Cad. saúde colet*. 2019;27(4):420-426. doi: 10.1590/1414-462x201900040100.
22. Ceccim RB. Emergência de um campo de ação estratégica: ordenamento da formação e educação permanente em saúde. *Sanare (Sobral)*. 2019; 18(1):68-80. doi: 10.36925/sanare.v18i1.1307

23. 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):223-239. doi: 10.1590/0103-1104201912017.
24. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Manual Técnico 2018 - Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no SUS - PRO EPS-SUS. Brasília, DF; 2018. [acesso em 20 jun 2020]. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/marco/28/Manual-Tecnico-PRO-EPS-SUS-MINUTA17-10.pdf>
25. Brasil. Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 1.127, de 04 de agosto de 2015. Institui as diretrizes para a celebração dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino Saúde (COAPES), para o fortalecimento da integração entre ensino, serviços e comunidade no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF; 2015 [acesso em 20 jun 2020]. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/outubro/23/COAPES-PORTARIA-INTERMINISTERIAL-N1.127%20-DE-04%20DE-AGOSTO-DE-2015.pdf>
26. Costa MV, Peduzzi M, Freire Filho JR, Silva CBG. Educação interprofissional em saúde. Natal(BR). 2018. [acesso em 18 jun 2020]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/images/pdf/2018/dezembro/12/Educacao-Interprofissional-em-Saude.pdf>
27. Prado C, Silva IA, Soares AVN, Aragaki IMM, Shimoda GT, Zaniboni VF et al. Teleamamentação no Programa Nacional de Telessaúde no Brasil: a experiência da Telenfermagem. *Rev. esc. enferm. USP*. 2013;47(4):990-996. doi: 10.1590/S0080-623420130000400031.
28. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento? Brasília, DF; 2018. [acesso em 21 jun 2020]; Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude_fortalecimento.pdf. Acesso em: 03 mar. 2019.
29. Silva CT, Terra MG, Kruse MHL, Camponogara S, Xavier MS. Residência multiprofissional como espaço intercessor para a educação permanente em saúde. *Texto Contexto Enferm*. 2016;25(1):e2760014. doi: 10.1590/0104-0707201600002760014.
30. Baptista TWF. História das Políticas de Saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde. In: Matta GC, Pontes ALM. Políticas de saúde: a organização e a operacionalização do SUS. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; /EPSJV. 2007. [acesso em 30 jun 2020]; Disponível em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/repositorio/sites/default/files/arquivos/Configura%C3%A7%C3%A3oInstitucional.pdf>
31. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Gestão Participativa e Cogestão. Brasília, DF; 2004. [acesso em 25 jun 2020]; Disponível em: http://hc.fm.usp.br/humaniza/pdf/Gestao%20Participativa%20_%20Co-Gestao.pdf.
32. Koerich C, Erdmann AL., Lanzoni G.M.M. Interação profissional na gestão da tríade: educação permanente em saúde, segurança do paciente e qualidade. *Rev. Latino am. Enferm*. 2020;28(e3379). doi: 10.1590/1518-8345.4154.3379.
33. Ribeiro JC, Ruoff AB, Baptista CL. Informatização da sistematização da assistência de enfermagem: avanços na gestão do cuidado. *J. Health Inform*. 2014. [citado 15 mai 2020];6(3):75-80. Disponível em: <http://www.jhi-sbis.saude.ws/ojs-jhi/index.php/jhi-sbis/article/view/296>

34. Françolin L, Gabriel CS, Bernardes A, Silva AEBC, Brito MFP, Machado JP. Gerenciamento da segurança do paciente sob a ótica dos enfermeiros. *Rev Esc Enferm USP*. 2015; 49(2):0277-83. doi:10.1590/S0080-623420150000200013
35. Koerich C, Erdmann AL. Gerenciando práticas educativas para o cuidado de enfermagem qualificado em cardiologia. *Rev Bras Enferm*. 2016;69(5):872-80. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2015-0032>
36. Carvalho MS, Merhy EE, Sousa MF. Repensando as políticas de Saúde: no Brasil Educação Permanente em Saúde centrada no encontro e no saber da experiência. *Interface (Botucatu)*. 2019;23:e190211. doi: 10.1590/Interface.190211.
37. Lavich CRP, Terra MG, Mello AL, Raddatz M, Arnemann CT. Permanent education actions of nurse facilitators at a nursing education centre. *Rev. Gaúcha Enferm*. 2017;38(1):e62261. doi: 10.1590/1983-1447.2017.01.62261
38. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução da Diretoria Colegiada - RDC n.º 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Brasília, DF; 2013. [acesso em 21 jun 2020]; Disponível em: http://bvms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html.