

As práticas de Educação Permanente em Saúde no contexto da Estratégia Saúde da Família: uma revisão integrativa

Permanent health education practices in the family health strategy context: an integrative review

¹ Guilherme Emanuel Weiss Pinheiro  

² Marcelo Schenk de Azambuja 

³ Andrea Wander Bonamigo 

RESUMO

A Educação Permanente em Saúde é entendida como a aprendizagem no trabalho, a partir das vivências dos sujeitos e baseada no cotidiano dos serviços, tem a finalidade de transformar a realidade por meio da qualificação da prática profissional e da organização dos serviços de saúde. Este artigo tem como objetivo geral analisar as práticas de Educação Permanente em Saúde no contexto da Estratégia Saúde da Família. E como objetivos específicos identificar ações no campo da Educação Permanente em Saúde na Estratégia Saúde da Família; e destacar elementos facilitadores e os que constituem entraves nos processos de Educação Permanente em Saúde nessa realidade. Trata-se de uma revisão integrativa de literatura que utilizou como base de dados o Portal Periódicos da CAPES e o SCIELO. Essas buscas geraram 271 trabalhos, sendo 43 do Scielo e 228 do Portal de Periódicos, após a seleção dos títulos, leitura dos resumos e leitura na íntegra, foram selecionados 23 artigos que integraram o banco de dados deste trabalho. Foram categorizados os dados em três sessões: as práticas de Educação Permanente, elementos facilitadores das práticas e entraves visíveis nas práticas. Por fim, é preciso compreender a Educação Permanente em Saúde como uma política inovadora de construção de saberes a partir de vivências e realidades de todos atores envolvidos, que busca nos serviços de saúde se consolidar e oferecer aporte técnico-assistencial para melhoria da qualidade das ações da Estratégia Saúde da Família, conforme este estudo.

Palavras-chave: Educação Permanente em Saúde; Estratégia Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde; Educação

ABSTRACT

The permanent health education is understood like the learning at work, from the experiences of the subjects and based on the daily services. It has the purpose to transform the reality through the qualification of the professional practice and health services organization. This article aims, in general, to analyze the permanent health practices in the family health strategy and, as specific goals, identify the actions in the permanent health education field in family health strategy, and also, highlight the enablers and the ones that constitute barriers in the permanent health education processes in this reality. It's a literature integrative review that used as data base CAPES and SCIELO periodic portals. These searches generate 271 works, being: 43 from Scielo and 228 from periodic portal. After a titles selection, abstract reading and full reading, were selected 23 articles that integrate the database of this work. The data were categorized in three sections: permanent education practices, enablers of the practices and visible barriers in the practices. Lastly, it's necessary to understand the permanent health education as an innovative policy of knowledge construction from the experiences and realities of all involved factors, which one searches in health services consolidate and offer technical-assisting contribution to improve the quality of family health strategy actions, according to this study.

Keywords: Permanent health education; family health strategy; primary attention to health; education

1 Graduado em Enfermagem, Doutor em Ciências, Professor do Ensino Básico, Técnico e Tecnológico no Colégio Politécnico da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) - Santa Maria (RS), Brasil..

2 Graduado em Hotelaria, Doutor em Comunicação Social, Professor Adjunto na Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSA) – Porto Alegre (RS), Brasil.

3 Graduada em Fonoaudiologia, Doutora em Saúde Pública, Professora Adjunta na Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSA) – Porto Alegre (RS), Brasil.

1 INTRODUÇÃO

O trabalho em saúde é considerado por Merhy (2002) como o “*trabalho vivo em ato*” e precisa ser valorizado como tal a partir de diferentes concepções de acolhimento, humanização, gestão/cogestão, co-responsabilização, comprometimento, entre outros aspectos fundamentais no campo da saúde.

E neste contexto, no Brasil há a Estratégia Saúde da Família como um modelo tecno-assistencial e política pública de saúde que prevê mudanças de paradigmas no que diz respeito a concepção saúde-doença. Nesse sentido, Fortuna et al (2012), apresenta movimentos de mudanças que as equipes de saúde vêm operando em suas realidades, apresentando novas práticas de cuidado, que podem ser potencializadas por práticas educativas no trabalho.

Dessa forma, as ações da Estratégia Saúde da Família são voltadas para o coletivo, com ênfase na saúde e realizadas por uma equipe multidisciplinar no contexto social em que os usuários estão inseridos (BRASIL, 2012a). Isto representa um avanço ímpar na história da saúde pública do país, pois prevê a atenção primária em saúde como a ordenadora do cuidado no sistema de saúde. Uma vez que a saúde se constitui, atualmente, como um direito social e constitucional, previsto na Constituição brasileira como “*direito de todos e dever do Estado*” (BRASIL, 2012b, p.116).

Para que esses preceitos possam ser alcançados é preciso que avanços sejam constituídos no que diz respeito a implementação das políticas públicas de saúde no país. Para tal é necessário a implicação dos diferentes atores que compõe o sistema por meio de ações que realizem proposições transformadoras em sua constante implantação, dentre uma postura que precisa ser cultivada é a da Educação Permanente em Saúde como uma ferramenta de melhoria dos serviços de saúde, levando a transformação das práticas e da organização do trabalho (BRASIL, 2009). Ainda, não podemos pensar que esse processo educativo se dá no interior dos serviços de saúde, apenas com os profissionais estudando e discutindo temas da área da saúde, ele extrapola essa compreensão, entendendo que é preciso integrar, conforme Ceccim e Feuerwerker (2004), ensino, gestão, atenção e controle social com a intenção de criar espaços de educação que incidam sobre a realidade, com a negociação, com pró-atividade dos sujeitos, nos próprios espaços de atuação desses e que seja de caráter permanente.

Nessa perspectiva, Pagani e Andrade (2012), nos apresentam a Educação Permanente em Saúde como um processo de aprendizagem baseado na reflexão e na transformação do serviço. E isso se dá por meio da problematização das situações vivenciadas pelos atores, com o objetivo de produzir a educação no trabalho que terá como produto a qualificação da atenção conforme a necessidade da população adscrita pelo serviço de saúde e da equipe de saúde da Estratégia Saúde da Família, ampliando a compreensão de que esse processo serve apenas para atualização dos profissionais.

Ao observar essa realidade e a partir das colocações iniciais, surgiu o interesse em pesquisar como se dão as práticas de Educação Permanente em Saúde na realidade da Estratégia Saúde da Família brasileira.

Este artigo tem como objetivo geral o de analisar as práticas de Educação Permanente em Saúde no contexto da Estratégia Saúde da Família. E como objetivos específicos os de identificar ações no campo da Educação Permanente em Saúde na Estratégia Saúde da Família; e destacar elementos facilitadores e os que constituem entraves nos processos de Educação Permanente em Saúde nessa realidade.

Para que esses objetivos fossem alcançados, foi utilizada a metodologia da Revisão Integrativa de Literatura, que segundo Whitemore (2005), tem como princípio a descrição detalhada de toda metodologia empregada para o desenvolvimento do trabalho e tem como base a atitude reflexiva do autor constituindo na construção de resultados significativos ao conhecimento e a prática de saúde.

Assim, constituíram-se como etapas desta revisão, as seguintes: 1º identificação do tema e seleção da questão de pesquisa; 2ª estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão; 3ª identificação dos estudos pré-selecionados e selecionados; 4ª categorização dos estudos selecionados; 5ª análise e interpretação dos resultados; e 6ª apresentação da revisão/síntese do conhecimento (BOTELHO; CUNHA; MACEDO, 2011). Seguindo a proposta da revisão integrativa, identificamos o tema como sendo a Educação Permanente em Saúde na realidade da Estratégia Saúde da Família, uma vez que a proposta de pesquisa de mestrado do autor deste artigo prevê o trabalho com essa temática, além do trabalho cotidiano do mesmo se dar nesse contexto. A partir disso, foram sistematizadas algumas questões para auxiliar no alcance dos objetivos que foram:

- Como ocorrem as práticas de Educação Permanente em Saúde na realidade da Estratégia Saúde da Família?
- Quais são os elementos que se constituem como facilitadores na Educação Permanente em Saúde?
- Quais são os entraves vivenciados na Educação Permanente em Saúde?

Foram estabelecidos critérios de inclusão e exclusão dos trabalhos, seguindo a proposta da revisão integrativa, sendo aplicados os seguintes de inclusão: trabalhos publicados entre 2010 e 2015; com a temática associada a Educação Permanente em Saúde na Estratégia Saúde da Família ou Atenção Primária à Saúde; publicados em português; que foram revisados por pares.

E como critérios de exclusão, trabalhos publicados fora do período entre 2010 e 2015; com a temática associada a Educação Permanente em Saúde na média e/ou alta complexidade; com a temática associada a Educação Permanente em Saúde na formação profissional; publicados em outros idiomas que não português; que não tenham sido revisados por pares.

Como base de dados foram utilizadas o *Scientific Eletronic Library Online* (SCIELO) e Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). As palavras-chave utilizadas para busca foram combinadas em equações que foram: Educação *and* Estratégia Saúde da Família; Educação Permanente em Saúde; e Educação Permanente em Saúde *and* Atenção Primária à Saúde. Essas buscas geraram 271 trabalhos, sendo 43 do Scielo e 228 do Portal de Periódicos, após a seleção dos títulos, leitura dos resumos e leitura na íntegra, foram selecionados 23 artigos que integraram o banco de dados deste trabalho.

Após a seleção dos estudos, os mesmos foram categorizados de acordo com as questões a fim de responder aos objetivos do presente artigo, ainda foi realizada a análise dos dados, após leitura exaustiva dos estudos, o que gerou três categorias para facilitar a compreensão dos achados, sendo elas: As práticas de Educação Permanente em Saúde; Elementos facilitadores das práticas; e Entraves visíveis nas práticas.

2 AS PRÁTICAS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

Com a ideia de transformar a realidade vivenciada nos serviços de saúde, por meio de ações de educação e saúde, ocorrem as práticas de Educação Permanente em Saúde que se dão em diferentes maneiras, com a participação de distintos atores, em espaços variados, com a utilização de metodologias e atividades diversificadas, que são apresentadas nos estudos revisados por este artigo.

Inicialmente, é importante apresentar como ocorrem as referidas práticas. Para, Tesser *et al* (2011); Vieira *et al* (2013); e Cardoso *et al* (2015), em seus estudos, apontam que a Educação Permanente em Saúde se dá como uma formação teórica e prática para os profissionais das Estratégia Saúde da Família, por meio de cursos, encontros, fóruns, palestras, atualizações científicas e capacitações. Demonstrando a correspondência destas práticas com o método tradicional de transmissão de conteúdo. O que se afasta da compreensão das ações de Educação Permanente em Saúde, conforme a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2009).

Entretanto, Ezequiel *et al* (2012), apresentam uma outra forma possível de Educação Permanente em Saúde e de interdisciplinaridade, que são as sessões clínicas, que contam com a participação de trabalhadores, estudantes e usuários, em um espaço que busca a compreensão ampliada do processo saúde-doença utilizando conceitos biopsicossociais. Nesses espaços é utilizada a metodologia da problematização, o que leva a uma transformação das práticas de saúde por uma prática pedagógica em saúde. Podemos refletir que as sessões com casos clínicos, pela “força” da palavra “clínica” nos leva a inferir algo biomédico e centrado na doença, porém a utilização de métodos progressistas, como a problematização e a compreensão do processo saúde-doença no âmbito biopsicossocial amplia a concepção deste processo e leva a transformações no cuidado ao usuário.

Esses contrapontos nos instigam a buscar um entendimento sobre a Educação Permanente em Saúde, sendo que esta visa promover mudanças no processo de trabalho por ações formativas, contextualizadas e significativas para os atores envolvidos, levando a qualificação do trabalho em saúde, a mudanças no sistema de saúde e na constituição de sujeitos na saúde (ARAÚJO; PONTES, 2012).

No que diz respeito aos temas e as atividades a serem desenvolvidas nas práticas de Educação Permanente em Saúde, Cardoso *et al* (2015), expõem que estes são escolhidos conjuntamente entre a Coordenação da Atenção Básica e a equipe de saúde da Estratégia Saúde da Família. Fazendo com que a ação ocorra de forma natural, pois se parte da equipe de referência o interesse no tema, a mesma valoriza e sistematiza de acordo com a sua necessidade, levando a um processo de crescimento nas práticas de trabalho. De outro modo, se o tema fosse imposto pela Coordenação da Atenção Básica, este poderia ser rejeitado desde a proposta, uma vez que a equipe poderia se sentir deslocada da realidade.

Nesse sentido, é necessário introduzir a Educação Permanente em Saúde por meio de uma experiência problematizadora, que tem sua origem em um problema vivenciado pelos sujeitos envolvidos na prática educativa (EZEQUIEL *et al*, 2012; VIDAL *et al*, 2014). E a partir do reconhecimento crítico da realidade vivenciada pelo indivíduo é possível extrair a tendência para as possíveis aprendizagens (BATISTA *et al*, 2005). Assim, tornando o processo de aprender e ensinar, que são indissociáveis (FREIRE, 2011) em algo agradável, útil, aplicável e modificável na realidade dos serviços de saúde que experimentam estas ações, levando ao alcance dos objetivos do processo educativo que superam o fato de agregar conhecimentos e impactam diretamente no cotidiano dos trabalhadores, gestores e usuários.

Outros estudos apresentam os operadores destas ações, que nos estudos de Zavarese da Costa *et al* (2010); Barbosa, Ferreira e Barbosa (2012) e Santana *et al* (2013), são os enfermeiros das equipes da Estratégia Saúde da Família, mas que de alguma forma compartilham esta responsabilidade com os demais profissionais da equipe e com outras instituições como órgãos de gestão e instituições de ensino. E no estudo de Balbino *et al* (2010) a operadora das ações é uma escola de saúde da família do próprio município.

Não obstante, em outros trabalhos são apresentados os preceptores de território como os operadores das ações, com a função de educadores, levando a discussões de conceitos e sobre as necessidades de saúde, enfim, possibilitando mudanças práticas na assistência à saúde. Outro aspecto imprescindível ao preceptor é saber trabalhar em equipe, ter uma ampla compreensão da Estratégia Saúde da Família e do trabalho em saúde, agindo como um educador em saúde e um facilitador dos processos de trabalho (SANTOS; BERTOLOZZI; HINO, 2010) (PAGANI; ANDRADE, 2012). Estes estudos demonstram certo grau de inovação da preceptoria no âmbito a Educação Permanente em Saúde no Sistema único de Saúde. Já que o preceptor é alguém preparado para atuar nesse campo e ajuda na produção do cuidado, com ênfase na qualidade e no alcance dos objetivos da estratégia.

No que tange ao local de desenvolvimento das práticas de Educação Permanente em Saúde no âmbito da Estratégia Saúde da Família, Zavarese da Costa *et al* (2010) e D’Ávila *et al* (2014), apresentam em seus estudos que são realizadas na própria Unidade de Saúde da Família, podendo ter como espaço a sala de reuniões ou consultórios ou ainda, qualquer espaço na unidade que seja possível desenvolver um diálogo. Constatando que

a Educação Permanente em Saúde pode ocorrer nos diferentes espaços e ambientes, depende da disponibilidade dos envolvidos mais do que do espaço para a realização.

Ainda, estas práticas ocorrem em reuniões de equipe, que podem ser programadas ou espontânea (FIGUEIREDO *et al*, 2010), com uma periodicidade estabelecida, podendo ser semanal, quinzenal ou mensal (ZAVARESE DA COSTA *et al*, 2010; BARBOSA; FERREIRA; BARBOSA, 2012; EZEQUIEL *et al*, 2012; CARDOSO, 2012; SANTANA *et al*, 2013; D'ÁVILA *et al*, 2014). Essa forma de realização apresenta as práticas em espaços formais de discussão, que colaboram com o processo de gerência, organização do trabalho, avaliação e monitoramento das ações da equipe e de educação no trabalho, segundo os estudos supracitados. Assim, parece visível que a Educação Permanente em Saúde ocorre estritamente em espaços formais, porém é possível ampliar esta compreensão, já que esta política de educação não possui um protocolo ou manual para ocorrer, podendo se dar em qualquer espaço do Sistema Único de Saúde, desde que colabore com a prática de trabalho dos atores do sistema e envolva os mesmos no processo educativo.

Nessa lógica, podemos compreender, por meio do estudo de Ricardi e Sousa (2015), que estas práticas são planejadas, avaliadas e monitoradas pelos sujeitos envolvidos. Sendo que o planejamento de qualquer ação é fundamental para a sua realização e consequente sucesso. No que diz respeito ao planejamento em saúde isso torna-se imprescindível, pois é preciso conhecer a realidade para a partir disso traçar estratégias para alcançar seus objetivos. Em nosso cotidiano estamos em constante planejamento, por exemplo, programando o caminho que iremos percorrer de casa para o trabalho, pensando nas ações que iremos realizar nos serviços, enfim, a todo o momento planejamos. E o planejamento é uma explicação do que será realizado (PAIM, 2006), ou seja, é um esclarecimento daquilo que irá ser feito por determinada pessoa ou grupo.

A partir do planejamento ocorrem as ações de Educação Permanente em Saúde na Estratégia Saúde da Família, e estas ações podem se dar de diferentes formas, dependendo do planejamento, da bagagem teórico-prática dos participantes e dos objetivos que se quer alcançar com a realização das referidas ações. Assim, foram verificadas diferentes metodologias de realização das ações de Educação Permanente em Saúde nos estudos que compuseram esta revisão integrativa. Foram verificadas utilização de métodos como: História de Vida – HV (SLOMP JUNIOR; FEUERWERKER; MERHY, 2015), Projeto Terapêutico Singular – PTS (SLOMP JUNIOR; FEUERWERKER; LAND, 2015; EZEQUIEL *et al*, 2012), técnica de oficinas (RODRIGUES; VIEIRA; TORRES, 2010), Rodas de Gestão (CARDOSO, 2012), e Rodas de Educação Permanente – REP (ARAÚJO; PONTES, 2012).

Nesse sentido, estes métodos preveem em sua maioria ações compartilhadas, construções coletivas por meio de relações horizontalizadas e com foco no objetivo de cada ação. Alguns destes métodos são utilizados na prática clínica da Saúde da Família, como o PTS, as oficinas e as rodas de gestão, as demais são movimentos novos que vem ganhando espaço nesse campo. É importante ressaltar que o trabalho na Estratégia Saúde da Família compreende inúmeras ações de cuidado à saúde pela promoção à saúde, prevenção e recuperação de agravos; ainda, pelo reconhecimento da realidade, pela compreensão do território; no trabalho coletivo, pela constituição da equipe multi/interdisciplinar; enfim, algumas características que nos permitem agregar conhecimentos das mais diversas áreas para auxiliar na produção do trabalho em saúde e por consequência na Educação Permanente em Saúde.

Ainda na discussão dos métodos podemos dizer que existe uma aproximação com os usuários, uma vez que se constrói um Projeto Terapêutico Singular ou se trabalha com a História de Vida o usuário está inserido no contexto da ação e da mesma forma que sua situação é utilizada para problematizar o aprendizado, ele elabora com a equipe um plano, no qual poderá opinar e se posicionar em relação ao que está sendo proposto e ainda, inferir se será viável ou não (SLOMP JUNIOR; FEUERWERKER; MERHY, 2015; EZEQUIEL *et al*, 2012). Analisando a realização dessa gama de métodos é possível verificar uma aproximação das equipes da Estratégia Saúde da Família com as comunidades adscritas, pois quando os usuários, que são alvo das ações, estão inseridos em alguma fase desse processo, os mesmos valorizam e se integram, ocorrendo assim, a criação do vínculo que é essencial para o trabalho na estratégia.

E essa inserção dos usuários nos processos vivenciados por esse modelo de atenção à saúde nos leva a compreender o que vem ocorrendo, que é uma mudança nas estratégias pedagógicas, ou seja, uma transformação no fazer em saúde, por meio de ações educativas inseridas nos serviços, o que é base na Educação Permanente em Saúde.

Após conhecer as práticas de Educação Permanente em Saúde e como estas se dão no cotidiano dos serviços da Estratégia Saúde da Família, vamos analisar os elementos que facilitam as ações.

2.1 Elementos facilitadores das práticas

As práticas de Educação Permanente em Saúde ocorrem das mais diversas formas e nos mais variados espaços, conjuntamente a isso existem fatores/situações/momentos/condições que facilitam estas práticas, transformando-as em ações efetivas de educação no trabalho.

Dentre os fatores que facilitam podemos destacar a utilização de metodologias de ensino-aprendizagem não convencionais, como as metodologias ativas de aprendizagem, a aprendizagem significativa, a pedagogia da implicação e a da problematização. A utilização de metodologias que priorizam a pró-atividade dos envolvidos no processo de ensino-aprendizagem vem em substituição a um modelo que não responde mais aos objetivos da atualidade, dado que na atual conjuntura social em que vivemos, onde a rapidez da informação e a evolução das tecnologias está ao alcance de muitos e para isso, torna-se necessário um método que coloque o sujeito como um ator/construtor do conhecimento. E não mais aquele sujeito paciente, que recebia as informações prontas do professor, em um modelo de educação bancária, conforme nos ensina Freire (2005).

Assim, temos as metodologias ativas de aprendizagem ou de ensino-aprendizagem, como alguns autores a expressam, que são baseadas na tríade ação-reflexão-ação, sendo o seu uso lembrado em diferentes estudos como uma estratégia de fortalecimento da Educação Permanente em Saúde (RICARDI; SOUSA, 2015) em que há a participação ativa dos sujeitos envolvidos além de poderem articular teoria e prática, problematizando a realidade vivida por cada um (D'ÁVILA *et al*, 2014), para a partir disso, construir o conhecimento e fazer a experiência de um processo de ensino-aprendizagem baseado na realidade.

Nesse sentido, há a menção no estudo de Cardoso (2012) de capacitações realizadas com a utilização das metodologias ativas de aprendizagem, sobre a temática escolhida pelos participantes, que em sua maioria é sobre programas ou políticas do Ministério da Saúde. Em outro estudo, as práticas pedagógicas têm como base a metodologia da problematização, como também é previsto pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2009), contudo utilizam sessões clínicas com usuários como estratégia de Educação Permanente em Saúde, o que tem por consequência a integração entre a própria equipe e a comunidade, configurando-se como um dispositivo de ensino-aprendizagem e de interdisciplinaridade (EZEQUIEL *et al*, 2012).

Essas experiências nos apresentam elementos que facilitam o processo educativo, principalmente no que diz respeito a utilização de metodologias ativas nesse contexto. Ainda, podemos inferir que como consequência de uma maior integração entre a equipe, quando o processo insere os usuários essa aproximação também ocorre. Como aponta Slomp Junior, Feuerwerker e Merhy (2015) essa integração é consequência dos encontros que ocorrem entre os diferentes atores implicados na Educação Permanente em Saúde, pois todos têm oportunidade de expressar as suas experiências quando essas metodologias são utilizadas.

Para que seja viável a livre expressão dos sujeitos é preciso que o ambiente seja propício para a realização da ação e que a disposição das cadeiras suprima a sensação vertical de um ambiente hierarquizado, sendo sugerida a disposição em círculo. Sendo assim, D'Ávila *et al* (2014) aponta que um dos elementos que facilitam a realização da Educação Permanente em Saúde é a adequação do espaço físico que favoreça ao processo educativo. Outros estudos demonstram que a disposição em círculo facilita a discussão dos assuntos, predispõe a maior participação dos sujeitos e gera outras possíveis relações entre os sujeitos (RODRIGUES; VIEIRA; TORRES,

2010; ARAÚJO; PONTES, 2012; CARDOSO, 2012). Relações estas baseadas em princípios como “*horizontalidade, descentralização do poder, autonomia, responsabilização e grupalidade das equipes*” (ARAÚJO; PONTES, 2012, p. 2362). Esses princípios corroboram para o desenvolvimento de ações democráticas que valorizam a participação e a contribuição de todos na construção do conhecimento como um espaço importante de trocas.

Além disso, Ricardi e Sousa (2015) identificam um elemento facilitador desses processos educativos como o planejamento das ações, que contribui para que a equipe se organize, uma vez que a atividade é prevista com antecedência e também possui certa periodicidade, como já exposto neste artigo. Ainda, as atividades ocorrem em sua maioria nos espaços já formalizados de educação ou de organização e planejamento, que são as reuniões de equipe e estão inseridas na carga horária de cada profissional. Dessa forma, os trabalhadores apontam que essas reuniões representam uma atividade produtora de ações educativas (ZAVARESE DA COSTA *et al*, 2010).

Essa previsão da atividade na própria carga horária semanal do profissional como a programação prévia, leva a participação de todas as categorias profissionais nos espaços de Educação Permanente em Saúde realizada nos serviços (ZAVARESE DA COSTA, 2010; RODRIGUES; VIEIRA; TORRES, 2010; CARDOSO, 2012). Isso contribui para que haja o desenvolvimento da interdisciplinaridade, que segundo Ezequiel *et al* (2012) é consequência da Educação Permanente em Saúde. Pois, quando os saberes e vivências são colocados no mesmo plano, temos a interação da teoria com a prática e vice-versa, fazendo com que esse processo se torne dinâmico e transformador de realidades. Articulando diferentes saberes, cria-se outras formas de construção do trabalho, extrapolando o que está previsto nos protocolos e manuais, chegando ao campo das subjetividades em saúde (RAMOS, 2009).

Outro aspecto importante ressaltado em alguns estudos é a utilização de dinâmicas lúdicas, álbum seriado, jogos educativos, painéis, entre outras práticas na realização de ações de Educação Permanente em Saúde (RODRIGUES; VIEIRA; TORRES, 2010). O mesmo estudo aponta outra prática que é a caixa de sugestões que foi fundamental para a escolha dos assuntos a serem discutidos, ofertando liberdade aos envolvidos para realizarem a escolha do referido assunto. Isso demonstra o interesse dos facilitadores em construir um processo educativo colaborativo com os partícipes.

Para tanto, é preciso que estas ações ocorram em nível local como preconizado pela Política Nacional de Educação Permanente em Saúde – PNEPS (BRASIL, 2009) e como exposto no estudo de Ricardi e Sousa (2015). Outro trabalho de, Barbosa, Ferreira e Barbosa (2012), aponta que a construção do conhecimento *in loco* favorece a compreensão da prática e da autonomia na Educação Permanente em Saúde. O que também serve como meio de instrumentalização profissional para o trabalho com a Estratégia Saúde da Família (ZAVARESE DA COSTA *et al*, 2010). Assim, podemos dizer que é importante que as ações ocorram em nível local, trabalhando com a realidade dos sujeitos envolvidos que levará a consequências no trabalho da saúde da família, pois quando a ação é construída sobre a realidade dos sujeitos, existe uma apropriação dos mesmos em relação ao assunto e o resultado dessa ação incidirá sobre a realidade vivenciada pelos atores.

Por conseguinte, Cardoso (2015), afirma que as ações são identificadas pelo gestor a partir das necessidades e os interesses das equipes. Porém o que mais se sobressaiu foram as experiências em que a Educação Permanente em Saúde se dá a partir da construção coletiva dos atores envolvidos, contextualizadas à realidade vivenciada pelos indivíduos e incorporada no cotidiano do trabalho (SILVA; PEDUZZI, 2011; SLOMP JUNIOR; FEUERWERKER; MERHY, 2015). Igualmente, envolvem a resolução de problemas que são levantados pelas equipes ou aspectos dos processos de trabalho (ARAÚJO; PONTES, 2012; CARDOSO, 2012; FORTUNA *et al*, 2013; D’ÁVILA *et al*, 2014). Então, essas ações quando construídas de forma coletiva, dialógica e horizontal, colaboram para processos formativos e significativos para as equipes da Estratégia Saúde da Família, gerando significados importantes para o processo de trabalho, estabelecendo uma relação de ação-reflexão-ação ou teoria-prática. Isso tudo contribui para o princípio de que o processo educativo precisa partir da realidade vivenciada pelos sujeitos, envolvendo-os e que busque uma melhoria no processo de trabalho e consequente melhoria da assistência prestada a comunidade.

Após analisar os elementos facilitadores, podemos dizer que existem alguns entraves nesse processo que muitas vezes prejudicam as ações de Educação Permanente em Saúde, mas que precisam ser superados pelas equipes com o objetivo de otimizar as ações educativas.

2.2 Entraves visíveis nas práticas

Os entraves são percalços que a Educação Permanente em Saúde passa na realidade da Estratégia Saúde da Família brasileira como a falta de periodicidade de algumas ações, a falta de apoio e participação de alguns atores, os problemas com os recursos humanos e de infraestrutura e as dificuldades de compreensão dos métodos utilizados na ação educativa. Pode parecer contraditórios os entraves e os elementos que facilitam, mas eles estão associados a realidade onde ocorrem.

Ao tempo que temos o planejamento e a periodicidade com um fator que facilita e promove ações de educação no trabalho, temos também o contrário disso como as ações de caráter pontual (FIGUEIREDO *et al*, 2010) ou as propostas não se dão de forma rotineira para as equipes, causando um certo estranhamento quando ocorrem (SLOMP JUNIOR; FEUERWERKER; MERHY, 2015). Essa falta de planejamento é considerada como um aspecto que dificulta, pois, os participantes da prática não estão preparados nem programados para participar. Também, outro estudo aponta que a escassez de profissionais prejudica a periodicidade das ações e a continuidade da Educação Permanente em Saúde na equipe (RICARDI; SOUSA, 2015).

Nesse sentido, Rodrigues, Vieira e Torres (2010), demonstram em seu estudo que em alguns momentos a adesão é menor devido ao turno em que as atividades se concentram, no caso no turno da manhã, período em que as atividades são mais intensas. Isso se dá pela falta do espaço institucional e da opção da gestão e dos trabalhadores em constituir esse espaço de empoderamento das práticas de trabalho em saúde.

Nesse ínterim, verificamos a falta de apoio e participação de alguns profissionais como médicos (RICARDI; SOUSA, 2015) e farmacêuticos (CARDOSO, 2012), mesmo ambos estarem presentes na maioria das unidades de saúde e comporem as equipes de saúde. A questão maior nessa análise se dá por problema na adesão, que muitas vezes é apontado como um facilitador e nestes casos como um entrave na prática da Educação Permanente em Saúde. Uma vez que o profissional não está ocupando os espaços que são seus, ele acaba deixando de interagir com os demais membros da equipe e comprometendo a articulação interdisciplinar e o trabalho com a comunidade.

Outro fator que dificulta esses processos educativos é a falta da participação dos usuários nas rodas de educação permanente, conforme estudo de Cardoso (2012), e como disparador disso, estão os profissionais que apresentam resistência nessa integração, pois temem que o serviço não está preparado e organizado para conversar com os usuários neste espaço. Logo não os convidam para as reuniões. É possível notar que poucas são as experiências que integram os usuários nos processos educativos no trabalho. Pois é mais conveniente para alguns profissionais que os usuários busquem apenas a equipe quando estiver precisando de algo e não para discutir problemas ou situações do cotidiano dos serviços.

A falta de apoio da gestão foi colocado como um entrave em diferentes estudos. Cardoso (2012) e Araújo e Pontes (2012), demonstram que a participação da gestão não foi como esperada e há a necessidade de ser maior esse envolvimento. Outros estudos analisados apresentam da mesma forma a falta de cooperação do gestor e a falta de processos de Educação Permanente em Saúde referente à própria gestão (D'ÁVILA *et al*, 2014; CARDOSO *et al*, 2015).

Para Cardoso (2012), a falta de participação foi justificada pela não adesão, pois a Educação Permanente em Saúde provoca a desconforto. Ou seja, retira o sujeito da zona de conforto e o situa com uma visão crítica no campo do trabalho. Sendo que se houvesse uma maior participação dos gestores, espaços novos de gestão do trabalho e de qualificação dos serviços iriam surgir, desconfortar e quiçá resolver algumas situações-problemas no cotidiano das equipes e da própria gestão. Outro ainda aponta a verticalização na tomada de decisões como algo que

prejudica a implementação de ações de educação no trabalho como a Educação Permanente em Saúde (FIGUEIREDO *et al*, 2010). E neste caso quando há apoio está diretamente associado às necessidades da gestão, como o alcance de metas e indicadores e não a programação de algo contínuo e permanente no cotidiano dos serviços.

Outros estudos demonstram que a troca dos integrantes da equipe, coloca os atores em constante despedida e essa rotatividade de profissionais torna-se um empecilho à qualificação profissional, pois dificulta o acompanhamento longitudinal das ações de Educação Permanente em Saúde (SANTOS; BERTOLOZZI; HINO, 2010; BARBOSA; FERREIRA; BARBOSA, 2012; RICARDI; SOUSA, 2015; FORTUNA *et al*, 2013). Essa não permanência dos profissionais fragiliza o processo educativo e até mesmo a criação do vínculo que é importante para manutenção das ações no cotidiano dos serviços.

Além da rotatividade temos outra situação considerada uma limitação, apontada por Ricardi e Sousa (2015) e Fortuna *et al* (2013), como a sobrecarga de atividades, programas e com os problemas vivenciados pelas famílias sob responsabilidade dos profissionais da Estratégia Saúde da Família. Essa situação dificulta, pois desequilibra as agendas profissionais complicando o atendimento aos usuários. É possível notar que uma possível sobrecarga de responsabilidades pode ser dar pela falta de planejamento e conseqüentemente a isso, a dificuldades na organização dos serviços, ocasionando problemas no atendimento à população.

O planejamento precisa ocorrer de forma estratégica e sistematizada com a equipe, entretanto é fundamental um espaço adequado para a realização das ações educativas no trabalho. Como evidenciam, D'Ávila *et al* (2014) e Ricardi e Sousa (2015), há uma precariedade no que diz respeito à infraestrutura, o que dificulta a realização das atividades educativas. Assim como, vem corroborar com o que já foi descrito e discutido anteriormente, que é a falta de interesse em adequar os recursos institucionais para que as práticas de Educação Permanente em Saúde ocorram de forma satisfatórias nos serviços.

Todavia há outro fator que é importante de ser relato que é apontado por um estudo como um entrave no processo de educação no trabalho, a desvalorização dos profissionais de nível médio – agentes comunitários de saúde e auxiliares/técnicos de enfermagem (FORTUNA *et al*, 2013). Esse fato provavelmente se dá pela visão que muitos profissionais têm de que o conhecimento teórico é superior à vivência, e não a visão de que um é complementar ao outro e isoladamente nenhum tem a eficácia na construção do conhecimento. Nota-se ainda, a divisão técnica e social do trabalho, a forte hierarquização e as relações de poder verticalizadas como condições para essa desvalorização. Embora em alguns locais a valorização ocorra é preciso refletir como, em nosso cotidiano, trabalhamos com os diferentes grupos profissionais para alcançar uma condição de interdisciplinaridade nos serviços de saúde?

Nessa lógica, podemos analisar que essa dificuldade em trabalhar com os diferentes no cotidiano não é algo novo e só será superado quando os trabalhadores se apropriarem dos espaços de discussão que, segundo Silva e Peduzzi (2011) é uma falta de tradição dos trabalhadores da saúde ocupar estes espaços, refletindo na dificuldade em realizar atividades emancipatórias de educação no trabalho. Já outras áreas do conhecimento como as humanas e sociais, os profissionais são preparados para estar presentes nestes espaços, empoderando-se das discussões.

Essa comparação é necessária uma vez que, conforme o estudo de Barbosa, Ferreira e Barbosa (2012), um profissional, no caso o enfermeiro, é o responsável pela organização das ações educativas, porém isso tudo se dá de forma verticalizada, respeitando certa hierarquia no interior da equipe e baseado em metodologias tradicionais de ensino. Em outro estudo, de D'Ávila *et al* (2014), é apontada uma dificuldade na compreensão da metodologia. E a falta de compreensão de algo que coloca o sujeito ativamente no processo é uma lacuna que precisa ser preenchida cada vez mais com ações de perspectivas problematizadoras e ativas nos processos educativos.

Dessa forma, podemos questionar se essas ações realmente são Educação Permanente em Saúde conforme preconizada pela política instituída pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2009). Porém, não podemos

condenar os trabalhadores, pois existem várias situações que já foram citadas neste artigo como a sobrecarga de responsabilidades, a falta de estrutura e de apoio, enfim inúmeros fatores, porém se o profissional não tomar para si, para seu trabalho e nos processos de formação os princípios da Educação Permanente em Saúde, este irá seguir reproduzindo um modelo de ensino ultrapassado e que não responde aos anseios da atualidade.

Seguindo nessa perspectiva, a de reproduzir metodologias tradicionais, podemos observar ainda uma dificuldade na inter-relação teoria-prática no que diz respeito aos processos de educativos em saúde (TESSER *et al*, 2011). Posto que os profissionais estão acostumados com a realização de procedimentos, geração de dados, enfim inúmeras ações técnico-científicas, mas quando é preciso olhar para essa prática e para os dados e a partir disso realizar ações de educação no trabalho, com o intuito de qualificar as atividades dos serviços, há uma dificuldade em relação a esse processo.

Corroborando com essa compreensão, Silva *et al* (2010), ressalta que este processo educativo vai além do aperfeiçoamento técnico, possibilitando transformações, novas visualizações, ampliação da visão e principalmente a valorização dos conhecimentos coletivo dos trabalhadores envolvidos nas ações.

Assim, é importante que essa relação teoria-prática possa ser vivenciada nos dia-a-dia dos serviços e incorporadas nas ações de Educação Permanente em Saúde com o objetivo da melhoria contínua das ações e serviços.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao analisarmos as práticas de Educação Permanente em Saúde no contexto da Estratégia Saúde da Família pudemos observar diferenças importantes, de acordo com a realidade local onde cada estudo foi desenvolvido. Essa característica é básica nesse processo, uma vez que a Educação Permanente em Saúde precisa partir de uma análise local do cotidiano dos serviços de saúde para depois estabelecer temas ou assuntos e ser trabalhada pela própria equipe em seu local de trabalho, inserindo todos os envolvidos nas ações.

A partir disso, verificamos também o potencial que a Estratégia Saúde da Família possui para realizar a Educação Permanente em Saúde em seu cotidiano, constituindo-se como o modelo de atenção à saúde vigente, essa estratégia consegue absorver diferentes conceitos que precisam ser trabalhados nos serviços com o intuito de qualificar a atenção por meio de ações educativas no trabalho.

Dito isto, é importante ressaltar que este estudo nos possibilitou notar que alguns elementos facilitadores em muitas realidades foram colocados como entraves do processo em outras, por exemplo, o planejamento, a periodicidade das ações, o ambiente físico, a forma de construção das práticas e a participação dos atores envolvidos. Como já explorado, isso se dá pela diversidade de realidades que possuímos em nosso país em que a Estratégia Saúde da Família está presente nos mais variados espaços.

Outro aspecto ressaltado como facilitador e a dificuldade na sua compreensão como entrave, foi a utilização de metodologias ativas de aprendizagem. Nesse caso é fundamental compreender que os processos de formação profissional se dão, em sua maioria, deslocados desse método, assim, profissionais não estão habituados em empregá-lo no seu cotidiano. Ao mesmo tempo, é uma forma de colocar os indivíduos em uma postura aberta ao novo, desafiadora e cheia de possibilidades, pois a construção se dá com base na realidade vivenciada por cada um, instigando os sujeitos a buscar seu aprendizado conforme a necessidade. Aqui a figura daquele que ensina se mescla àquele que aprende, tornando o processo de ensinar e aprender algo interessante para todos.

Contudo, advertimos que a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, conforme prevista pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2009), vem incessantemente buscando fazer parte do cotidiano dos serviços de saúde, porém algumas dificuldades de compreensão dessa política às vezes comprometem sua implantação. Isso

pode se dar pela confusão que existe entre dois conceitos, que são diferentes em seu método, mas que buscam qualificar os serviços de saúde que é a Educação Permanente em Saúde e a Educação Continuada.

Por fim, podemos afirmar que esta revisão integrativa apresenta algumas limitações como a utilização de apenas duas bases de dados que foram: Scielo e Portal Periódicos; e a delimitação do período que foi 2010 a 2015. Pois, se as bases de busca e o período fossem ampliados, teríamos uma infinidade de estudos sobre o tema e quiçá, maior volume de informações.. Ainda, com essas limitações foi possível responder as questões propostas e alcançar os objetivos.

Enfim, é preciso compreender a Educação Permanente em Saúde como uma política inovadora de construção de saberes a partir de vivências e realidades de todos atores envolvidos, que busca nos serviços de saúde se consolidar e oferecer aporte técnico-assistencial para melhoria da qualidade das ações da Estratégia Saúde da Família, conforme este estudo.

REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, C. E. L.; PONTES, R. J. S. Constituição de sujeitos na gestão em saúde: avanços e desafios da experiência de Fortaleza (CE). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, p. 2357-2365, 2012. ISSN 1413-8123.
- BALBINO, A. C. et al. Educação permanente com os auxiliares de enfermagem da Estratégia Saúde da Família em Sobral, Ceará. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 8, p. 249-266, 2010. ISSN 1981-7746.
- BATISTA N. et al. O enfoque problematizador na formação de profissionais de saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, n. 2, p. 231-237, 2005.
- BARBOSA, V. B. D. A.; FERREIRA, M. D. L. S. M.; BARBOSA, P. M. K. Educação permanente em saúde: uma estratégia para a formação dos agentes comunitários de saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 33, p. 56-63, 2012. ISSN 1983-1447.
- BOTELHO, L. L. R., CUNHA, C. C. de A., MACEDO, M. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. **Gestão e Sociedade**, Belo Horizonte. v.5, n.11.p.121-136, maio/agosto, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.110 p.
- BRASIL. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil. 35. ed. – Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2012. 454 p.
- 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: Ministério da Saúde, 2009. 64 p.
- CARDOSO, A. V. L. et al. Avaliação da gestão da Estratégia Saúde da Família por meio do instrumento Avaliação para Melhoria da Qualidade em municípios de Minas Gerais, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, p. 1267-1284, 2015. ISSN 1413-8123.
- CARDOSO, I. M. “Rodas de educação permanente” na atenção básica de saúde: analisando contribuições. **Saúde e Sociedade**, v. 21, p. 18-28, 2012. ISSN 0104-1290.

CECCIM, R. B., FEUERWERBER, L. M. C. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis: Rev. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.4, p. 41-65, 2004.

D'ÁVILA, L. S. et al. Adesão ao Programa de Educação Permanente para médicos de família de um Estado da Região Sudeste do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, p. 401-416, 2014. ISSN 1413-8123.

EZEQUIEL, M. C. D. G. et al. Estudantes e usuários avaliam ferramenta de educação permanente em saúde - Sieps. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 36, p. 112-130, 2012. ISSN 0100-5502.

FIGUEIREDO, P. P. D. et al. Processo de trabalho da Estratégia Saúde da Família: a concepção de gestão que permeia o agir em saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 20, p. 235-259, 2010. ISSN 0103-7331.

FORTUNA, C. M. et al. Notas cartográficas do trabalho na Estratégia Saúde da Família: relações entre trabalhadores e população. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, p. 657-664, 2012. ISSN 0080-6234.

FORTUNA, C. M. et al. Educação permanente na estratégia saúde da família: repensando os grupos educativos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 21, p. 990-997, 2013. ISSN 0104-1169.

FREIRE, P. **Pedagogia da Autonomia** - Saberes Necessários À Prática Educativa. São Paulo: Paz e Terra, 43ª Ed. 2011.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 42.ª edição. 2005

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002

PAGANI, R.; ANDRADE, L. O. M. D. Preceptorial de território, novas práticas e saberes na estratégia de educação permanente em saúde da família: o estudo do caso de Sobral, CE. **Saúde e Sociedade**, v. 21, p. 94-106, 2012. ISSN 0104-1290.

PAIM, J. J. Planejamento em saúde para não especialistas. In: CAMPOS, G.W. **Tratado de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: Hucitec/Fiocruz, 2006. P.15-30

RAMOS, M. Educação pelo trabalho: possibilidades, limites e perspectivas da formação profissional. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 18, sup. 2. p. 55-59, 2009.

RICARDI, L. M.; SOUSA, M. F. D. Educação permanente em alimentação e nutrição na Estratégia Saúde da Família: encontros e desencontros em municípios brasileiros de grande porte. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, p. 209-218, 2015. ISSN 1413-8123.

RODRIGUES, A. C. S.; VIEIRA, G. D. L. C.; TORRES, H. D. C. A proposta da educação permanente em saúde na atualização da equipe de saúde em diabetes mellitus. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 44, p. 531-537, 2010. ISSN 0080-6234.

SANTANA, F. B. et al. Ações de saúde na estratégia saúde da família no município goiano na perspectiva da integralidade. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.15, n. 2, p.422-9, 2013.

SANTOS, P. T. D.; BERTOLOZZI, M. R.; HINO, P. Necessidades de saúde na atenção primária: percepção de profissionais que atuam na educação permanente. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 23, p. 788-795, 2010. ISSN 0103-2100.

SILVA, J. A. M. D.; PEDUZZI, M. Educação no trabalho na atenção primária à saúde: interfaces entre a educação permanente em saúde e o agir comunicativo. **Saúde e Sociedade**, v. 20, p. 1018-1032, 2011. ISSN 0104-1290.

SILVA, L. A. A. D. et al. Educação permanente em saúde e no trabalho de enfermagem: perspectiva de uma práxis transformadora. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 31, p. 557-561, 2010. ISSN 1983-1447.

SLOMP JUNIOR, H.; FEUERWERKER, L. C. M.; LAND, M. G. P. Educação em saúde ou projeto terapêutico compartilhado? O cuidado extravasa a dimensão pedagógica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, p. 537-546, 2015. ISSN 1413-8123.

SLOMP JUNIOR, H.; FEUERWERKER, L. C. M.; MERHY, E. E. Histórias de vida, homeopatia e educação permanente: construindo o cuidado compartilhado. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, p. 1795-1803, 2015. ISSN 1413-8123.

TESSER, C. D. et al. Estratégia saúde da família e análise da realidade social: subsídios para políticas de promoção da saúde e educação permanente. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 4295-4306, 2011. ISSN 1413-8123.

VIDAL, S. V. et al. A bioética e o trabalho na estratégia saúde da família: uma proposta de educação. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 38, p. 372-380, 2014. ISSN 0100-5502.

VIEIRA, D. K. R. et al. Atenção em genética médica no SUS: a experiência de um município de médio porte. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 23, p. 243-261, 2013. ISSN 0103-7331.

WHITTEMORE, R. *Combining evidence in nursing research: methods and implications*. **Nursing Research**, Baltimore, v. 54, n. 1, p. 56-62, Jan./Feb. 2005.

ZAVARESE DA COSTA, V. et al. Educação permanente no Programa Saúde da Família: um estudo qualitativo. **Investigación y Educación en Enfermería**, v. 28, p. 336-344, 2010. ISSN 0120-5307.