

METODOLOGIAS ATIVAS NO PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE NO SUS

Renata de Souza S. Damasceno

Resumo:

Refletir sobre Educação Permanente nos dias atuais, requer repensarmos as estratégias tradicionais de ensino, já que não se trata de um processo educacional conteudista, mas, um aprendizado prático e vivencial, necessário aos profissionais de saúde. O presente artigo é uma proposta de reflexão sobre o programa de Educação Permanente voltado para a formação profissional dos trabalhadores de saúde atendendo a Política Pública de Educação Permanente, com o objetivo de analisar os resultados alcançados nas modalidades de ensino tradicionais, dominantes na atualidade e resultados alcançados com uso de metodologias ativas de ensino.

Palavras-chave: gestão social, transformação, educação com entretenimento, metodologias ativas, educação permanente em saúde.

INTRODUÇÃO

Vivemos numa era de mudanças, embora muitos de nós tenhamos sido formados com o uso de estratégias pedagógicas conservadoras, hoje já não funcionamos da mesma forma. O acesso universal à informação, proporcionado pelo advento da internet, das mídias digitais e pelo avanço tecnológico, transformou radicalmente a sociedade e, com ela, a forma de trabalhar e aprender. Entender essa transformação das práxis do ensino é o primeiro passo para a transformação dos programas educacionais no sistema de saúde.

Trabalhar programas de capacitação continuadas dentro dos ambientes de saúde pública tem se mostrado um grande desafio, o que sabemos é que o modelo

¹ Administração. Unijorge. renatafja@hotmail.com

atual está embasado em currículos guiados prioritariamente no desenvolvimento de competências técnicas, aulas expositivas, excesso de conteúdo e avaliações finais pautadas na capacidade de memorização, o que nos perguntamos é quanto disso tem implicado em transformação no ambiente profissional, na assistência aos pacientes e finalmente, na transformação social. Uma peculiaridade que merece demarcação é que, estes profissionais ingressam no mercado de trabalho com objetivos de tender aos princípios do SUS, mas, será que o processo de formação desses profissionais permite o atingimento de tais objetivos?

Se é difícil entender a universalidade do SUS, acentua-se a dificuldade de colocar em prática a integralidade inscrita pela Constituição. Para Sarreta (2009), a integralidade proposta pelo SUS depende do envolvimento dos trabalhadores e usuários, os quais não podem estar à margem do debate pois é a partir deles que as ações e resultados se desenvolvem.

A integralidade inscrita na Constituição e buscada pelos sujeitos entrevistados resgata a visão do ser humano em sua totalidade – promove ao mesmo tempo ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. Integralidade é a confluência de vários saberes de uma equipe de saúde, no espaço concreto e singular dos serviços de saúde, os quais devem estar organizados e preparados de forma aberta para receber as necessidades de saúde não previstas em rotinas e protocolos. (SARRETA. 2009. P.91)

Objetivo

Propor atualização do programa de Educação Permanente em Saúde (EPS), com uso de metodologias ativas de ensino, incentivando o pensamento crítico-reflexivo do profissional de saúde e incentivando o protagonismo desse profissional em seu processo de aprendizado.

O complexo sistema de Educação Permanente

Podemos perceber inúmeros problemas vivenciados pelo SUS, envolvendo a dificuldade de enfrentar as causas sociais, superlotação das unidades, subfinanciamento do serviço, entre outros. É neste cenário que se encontra um dos atores principais deste artigo, o profissional de saúde, muitas vezes despreparados para a complexidade de serviços que oferecem, e mesmo assim, cobrados em nível de qualidade e excelência por desfechos positivos.

Ceccim (2005) defende a priorização de políticas específicas para a formação

dos profissionais de saúde, buscando assim a manutenção de quadros preparados nas diversas competências técnicas e comportamentais necessárias para o desenvolvimento de suas atividades.

As reformas setoriais em saúde têm-se deparado regularmente com a necessidade de organizar ofertas políticas específicas ao segmento dos trabalhadores, a tal ponto que esse componente (o “Recursos Humanos”) chegou a configurar uma área específica de estudos nas políticas públicas de saúde (CECCIM, 2005. p. 163).

Diante deste cenário, o Ministério da Saúde desenvolve estratégias que incentivam a formação continuada da mão de obra, entendendo que a melhora dos serviços e a exequibilidade do SUS, passa também pela aplicabilidade efetiva das políticas de humanização e educação permanente. Os profissionais assistenciais representam maior contingente de trabalhadores na área da saúde, e por vezes, possuem mais de um vínculo empregatício representando grande desafio para a continuidade dos programas de capacitação e constituindo-se foco central das políticas públicas.

Visando apoiar o cumprimento da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e entendendo a importância do profissional de saúde neste cenário, em 2004 nasce a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), instituída por meio da Portaria GM/ MS nº 198/2004, com o objetivo de transformar as práticas pedagógicas e de saúde, e contribuir para o processo de desenvolvimento individual e coletivo dos profissionais, melhorando assim, a qualidade das ações e serviços ofertados pelo SUS no que se refere a educação em saúde (BRASIL, 2004). Em 2007, essa política foi reformulada e teve suas diretrizes de implementação publicadas na Portaria GM/MS nº 1.996/2007, compondo a série de “Pactos pela Saúde” e estabelecendo as responsabilidades de cada esfera do governo com relação à essa temática (BRASIL, 2009).

Embora exista o entendimento consolidado de que a educação continuada dos profissionais de saúde, pode contribuir para problemas que envolvam o acesso, a qualidade do atendimento prestado e a resolutividade dos serviços, existe um descrédito da sociedade brasileira quanto à viabilidade dessa política pública, provocado provavelmente pelas situações apresentadas nos serviços, tais como a

implementação das ações e serviços desiguais, o baixo financiamento, a falta de resolutividade da rede, o enfoque no modelo curativo e a qualidade do atendimento oferecido (SARRETA, 2009). O cenário posto aqui diz respeito a dificuldade de implementação da Política Pública de Educação Permanente uma vez que tal política não dialoga com as necessidades das unidades de saúde e de sua mão de obra, além de não ser objetiva em suas diretrizes de implementação resultando assim em uma determinação não auditável, ou seja, por ser laborioso o esforço de evidenciar sua conformidade, é inviável a afirmação de que sua aplicabilidade é eficiente.

Outrossim, é importante destacar que os estudos sobre Educação Permanente em Saúde originaram-se do entendimento de que os programas de ensino voltados aos profissionais de saúde não estavam plenamente adequados à formação desse profissional para seu cenário de atuação. Trata-se de uma política de formação e desenvolvimento dos trabalhadores para o SUS, instituída em 2004 e cujas diretrizes para a implementação foram publicadas no ano de 2007 e revisadas no ano de 2009.

De acordo com PNEPS, “a formação dos trabalhadores de nível técnico é um componente decisivo para a efetivação da política nacional de saúde, capaz de fortalecer e aumentar a qualidade de resposta do setor da saúde às demandas da população, tendo em vista o papel dos trabalhadores de nível técnico no desenvolvimento das ações e serviços de saúde” (Brasil, 2009, p.25). Tal política tem o objetivo de intensificar a formação profissional e com isso, transformar os serviços, colaborando com todos os indivíduos envolvidos na atenção à saúde, fornecendo recursos para ajudá-los a resolver problemas e desenvolver estratégias para atender às necessidades de sua comunidade, “realiza a agregação entre aprendizado, reflexão crítica sobre o trabalho e resolutividade da clínica e da promoção da saúde coletiva” (Brasil, 2004, p.2).

De quem é a culpa?

Cortella (2017) defende que o conhecimento é também político, isto é, articula-se com as relações de poder (2017. p.110) e por isso é fundamental entendermos que as práticas educacionais precisam ser repensadas se queremos transformação social. Para o filósofo, em nenhum momento da história republicana a frase “A educação está

em crise” deixou de ser dita, pois não atingimos ainda patamares mínimos de uma justiça social. Ou seja, é preciso repensar a formação do conhecimento levando em conta a realidade do aluno sendo que, levar em conta não significa aceitar essa realidade, mas dela partir, ou seja, partir do universo do aluno para que ele consiga compreendê-lo e modifica-lo, sendo essa a única opção viável para evitar o que ele chama de “Pedagocídio” (Cortella, 2017. p.18).

Faz-se necessário entender as mudanças acontecidas nas últimas décadas, no cenário e no perfil de profissionais para que possamos utilizar a Política de Educação Permanente em Saúde como mecanismo de transformação do modelo de atenção. Se o programa for implementado de maneira adequada, seus resultados podem traduzir uma estratégia político-pedagógica adequada a superar as deficiências e limitações na formação dos trabalhadores da saúde, gerando impacto e estimulando a autonomia e protagonismo do sujeito no sentido de promover a corresponsabilidade e fortalecimento do controle social em saúde.

As motivações para a pujança desse tema estão em estudar que transformações precisam ser implementadas no processo educacional a fim de alcançar a transformação dos resultados quer sejam elas em qualidade do desfecho ou na humanização da assistência. Requer-se que a partir da teoria e da prática no processo de formação profissional, possamos desenvolver habilidades que afetarão diretamente os cuidados prestados ao paciente/cliente, aproximando pacientes e recursos humanos e entregando uma assistência cada vez mais perto dos princípios defendidos pelo SUS de integralidade, universalidade e equidade.

Ao considerar todo esse cenário já descrito como ponto de partida do programa de educação permanente, é necessário entendermos que o modelo conservador de ensino, muito utilizado na formação dos profissionais da saúde, não constitui alvo do Programa de Educação Permanente, e pode representar propostas educacionais insuficientes e desarticuladas, distante da participação ativa na realidade (Hermida, Barbosa & Heidemann, 2015). Além da velocidade com que os conhecimentos e saberes tecnológicos se renovam na área de saúde, demais fatores externos e internos resultam na necessidade de repensarmos metodologias de ensino, não propondo criações nunca antes conhecidas, mas propondo tecnologias que possam resultar em melhores e mais efetivos resultados dos programas desenvolvidos.

Entendemos ser então importante considerar todos esses fatores como a identificação dos atores que fazem a educação permanente, o ambiente onde essa política se desenvolve, a história que permeia tais contextos de formação, a necessidade final no serviço ofertado, entre outros.

Cortella, ressalta ainda que o fracasso do processo educacional (apelidado por ele como “pedagocídio”), em sua tessitura social, pode ser associado à causas extraescolares como precárias condições econômicas e sociais da população, formação histórica colonizada, poderes públicos irresponsáveis ou atrelados aos interesses de uma elite predatória, entre outros. Porém, embora sejam causas reais e impactantes, não são às únicas. A frágil eficácia das metodologias educacionais, com propostas que culpabilizam o aprendiz pelo seu fracasso, contribuem acentuadamente para tal cenário (2017. P.123).

Desarticulação entre o campo da educação e da saúde

Embora haja evidente avanço nas construções de políticas públicas que objetivam o aperfeiçoamento do SUS e a preparação dos recursos humanos envolvidos no cuidado, construir uma ponte entre as instituições de ensino e o sistema público de saúde tem se mostrado um desafio para os envolvidos com essas questões, sendo a educação uma das variáveis fundamentais para a efetiva consolidação do sistema. (BRASIL, 2014).

Essa dificuldade, para Campos (2001), tem raiz na desarticulação que existe entre Ministério da Saúde e Ministério da Educação, onde as Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação estão desassociadas das necessidades do SUS e de seus atores envolvidos.

A desarticulação entre as definições políticas dos ministérios da Saúde e da Educação tem contribuído para acentuar o distanciamento entre a formação dos profissionais e as necessidades do SUS. Embora o SUS constitua um significativo mercado de trabalho para os profissionais de saúde, tanto nos serviços públicos quanto nos contratados, este fato não tem sido suficiente para produzir impacto sobre o ensino de graduação na área de saúde. A inserção parcial dos hospitais universitários na rede do SUS reforça esse distanciamento, agravando as distorções. (CAMPOS, et al, 2001).

No Brasil, os conteúdos aprovados para os cursos de graduação são aprovados pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) as diretrizes para a

educação são subordinadas à Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), ou seja, podemos afirmar que em todos os cursos de graduação da área de saúde em instituições de ensino superior (IES) aprovadas pelo Ministério da Educação (MEC), existem projetos pedagógicos baseados no desenvolvimento de competências e habilidades profissionais para o exercício de cada profissão porém, é possível constatar amplo repertório de estudos que evidenciam a inaplicabilidade dessas expectativas na formação profissional efetiva. Isso porque, para muitos estudiosos a falta de efetividade das propostas pedagógicas para a formação de quaisquer competências que não sejam técnicas, deve-se substancialmente ao modelo pedagógico hegemônico conteudista e fragmentado, arraigado nas instituições de ensino, e ao modelo biomédico fortalecido com as práticas tradicionais de saúde, especializada e focada na medicina curativa (Ceccim e Feuerwerker, 2004).

Outro fator relevante e que agrava o distanciamento entre os projetos pedagógicos e as necessidades do SUS é a falta de alinhamento entre Ministério da Educação, na composição e aprovação das DCN e o Ministério da Saúde na avaliação das necessidades da rede de atenção.

a formação dos trabalhadores da saúde não se orienta pela leitura das necessidades sociais em saúde. É conduzida sem debate com os organismos de gestão e de participação social do SUS, resultando em autonomização do Ministério da Educação, das Universidades e das Sociedades de Especialistas nas decisões relativas às quantidades e características políticas e técnicas dos profissionais de saúde a serem formados. (Brasil, 2001, p.42-3).

Esse desalinhamento entre os setores resulta na formação de profissionais que foram aprovados pela sua capacidade de absorção de conteúdos técnicos (Filho, 2004), realidade que resultará em priorização de fazer técnico em detrimento da humanização das práticas (Casete JC, Corrêa AK. 2006). Estes profissionais que não conhecem a realidade prática das unidades de saúde, tampouco às necessidades dos pacientes, terminaram nas unidades de saúde pública e privada. A definição de uma política de formação e desenvolvimento para o SUS, seja no âmbito nacional, estadual, regional, e mesmo municipal, precisa considerar o conceito de Educação Permanente em Saúde e articular as necessidades dos serviços de saúde, as

possibilidades de desenvolvimento dos profissionais, a capacidade resolutiva dos serviços de saúde e a gestão social sobre as políticas públicas de saúde (Brasil, 2019).

Em Salvador, considera-se uma vantagem a existência Escola de Formação Técnica e a Escola Estadual de Saúde Pública. Porém, ainda é desafiador pensar na Integração Ensino-Serviço (CIES²) junto ao município, ampliando assim os espaços de diálogo entre os seus representantes e a constante busca de aperfeiçoamento dos programas de formação. A CIES tem o objetivo de formular, conduzir e desenvolver a Política de Educação Permanente em Saúde. É formada por representantes da Superintendência de Recursos Humanos (SUPERH), através da Escola de Saúde Pública da Bahia (ESPBA/ CIET) e da Diretoria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (DGTES) além dos gestores dos Estabelecimentos de Saúde da Secretaria Estadual de Saúde, das Instituições de Ensino Superior públicas e privadas e dos representantes dos Conselhos de Saúde. Embora o Plano Educacional proposto preconize o uso nas metodologias ativas, as unidades de saúde não possuem os recursos e conhecimentos necessários para essa implementação e por isso, seguem utilizando prioritariamente, metodologias tradicionais de ensino em todas as esferas.

O que sabemos é que, para que haja uma transformação efetiva dos resultados, faz-se necessário o desenvolvimento de diversas estratégias para estimular a reflexão da práxis profissional. A formação profissional se apresenta como um dispositivo potente, desde que assegure como centro, as reflexões sobre os processos de trabalho e a gestão do conhecimento e que mantenham o educando no centro do seu processo educativo.

Metodologias tradicionais x Metodologias ativas de educação

As metodologias ativas exprimem a necessidade de direcionar o foco no protagonismo dos aprendizes no processo ensino-aprendizagem, com vistas a criar empatia, autonomia, encorajamento, escuta ativa e valorizando as opiniões explicitadas com o objetivo de criar um ambiente favorável ao aprendizado. Desse modo as metodologias ativas propiciam um olhar crítico que aproxima a teoria da prática e isto facilita o processo de aprendizagem, pois, quando o profissional de

² CIES: Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço

saúde constata, reconhece e identifica o problema, ele se interessa por ele, o examina, refletindo e relacionando com a sua história e prática profissional (FERNANDES MA, et al., 2018).

Importante destacar que mesmo diante desses conceitos que propõem uma postura ativa do aprendiz, o uso das metodologias ativas não se limita ao uso das chamadas “dinâmicas de grupo”. Embora muitas das atividades práticas realizadas em modelo de dinâmica tornem o ambiente do aprendizado mais amigável e interativo, é importante ter em mente que a prioridade deve ser promover uma aproximação crítica do aluno com a realidade. Estimular o profissional por meio da curiosidade, do desafio, da criatividade e do trabalho em equipe são técnicas positivas para aplicabilidade, porém, se não forem atreladas às competências que precisam ser trabalhadas também não surtirão o efeito esperado no processo de aprendizagem e desenvolvimento.

Moran (2021) destaca ainda que não há, a intenção de abolir o modelo de aula da metodologia tradicional, até porque, muitos conteúdos, em especial os relativos à algumas competências técnicas, precisam de um momento de exposição conteudista ou histórica. Ainda precisamos utilizar materiais e comunicações escritas, orais e audiovisuais, mas a melhor forma de aprender é combinando equilibradamente atividades, desafios e informação contextualizada.

As práticas pedagógicas norteadas pelo método ativo devem priorizar situações de aprendizagem planejadas que os alunos sejam provocados e incentivados a ter uma postura ativa e crítica frente ao processo de ensino- aprendizagem. No final da aula, o estudante precisa ser capaz de refletir sobre o que aprendeu frente as situações que vive no seu dia a dia.

As metodologias precisam acompanhar os objetivos pretendidos. Se queremos que os alunos sejam proativos, precisamos adotar metodologias em que os alunos se envolvam em atividades cada vez mais complexas, em que tenham que tomar decisões e avaliar os resultados, com apoio de materiais relevantes. Se queremos que sejam criativos, eles precisam experimentar inúmeras novas possibilidades de mostrar sua iniciativa. Moran, 2021. Pg. 6

Ao refletir acerca da formação e capacitação de profissionais, estamos amparados por uma vasta gama de estudos que defendem os benefícios de alterar as

propostas metodológicas das instituições de ensino superior e, das organizações que atuam com os planos de educação permanente, buscando ter sempre como resultado, a instrumentalização do profissional nos aspectos técnicos, éticos e políticos para a transformação de processos de trabalho arraigados em princípios fragmentados do cuidado, o que representa um grande desafio para as políticas públicas direcionadas ao SUS (PACHECO (2018)).

METODOLOGIA:

O presente estudo utilizou uma abordagem de pesquisa exploratória, baseada em levantamento bibliográfico e estudo de caso. A pesquisa possui abordagem qualitativa por empregar evidências como documentos da organização, observação direta da pesquisadora e interpretação de dados.

Pesquisa Exploratória:

O universo do estudo foram dois estabelecimentos públicos de saúde do município de Salvador- BA com perfil de UPA porte III, envolvidos na atenção às urgências, no período compreendido entre janeiro 2022 e dezembro 2022.

A etapa de análise dos atores envolvidos foi realizada a partir da análise dos dados sociais dos seus colaboradores, analisando área de atuação, idade e gênero. As informações foram obtidas através do sistema ERP da unidade e disponibilizadas pela alta gestão. Uma vez que o perfil funcional dos colaboradores foi conhecido, passou-se a analisar os dados acumulados da Comissão de Educação Permanente de cada unidade, sendo realizada pesquisa exploratória no conteúdo apresentado.

A unidade 1 possui um Núcleo de Educação Permanente, responsável por programar e realizar as ações ligadas a EPS³ para todos os colaboradores. Foi realizada uma análise completa das evidências de treinamento da unidade ao longo do ano de 2022. Nesse ano, realizou 59 diferentes treinamentos (temas) em um total de 264 turmas (alguns temas são repetidos em diferentes turmas para garantir acesso para todos os turnos e áreas). No total, foram contabilizadas 1.392 participações em

³EPS- Educação Permanente em Saúde

595 horas de treinamento e em todos os casos, foram utilizadas metodologias tradicionais de ensino (aula expositiva).

Analisando os dados relativos aos eventos de formação, percebemos que 91% (53) dos treinamentos são para desenvolvimento de competências técnicas, seguidos por ações em data de oportunidade consideradas ações motivacionais ou de endomarketing, como por exemplo setembro amarelo, outubro rosa, novembro azul, entre outros. É possível constatar que 45% (26) dos treinamentos são específicos para a área assistencial, em geral, treinamentos para atualização ou aperfeiçoamento de protocolos e procedimentos voltados ao cuidado com os pacientes, seguidos de treinamentos de gestão e humanização com 16% (9) de ocorrência.

A unidade 2 também possui um Núcleo de Educação Permanente, composto por representantes multidisciplinares, responsável por programar e realizar as ações ligadas a EPS para todos os colaboradores. Analisando os dados relativos a EPS da unidade foi evidenciada a realização de 41 diferentes treinamentos (temas) em um total de 75 turmas (alguns temas são repetidos em diferentes turmas para garantir acesso para todos os turnos e áreas). No total, foram contabilizadas 1.167 participações em 225 horas de treinamento. Nesta unidade percebe-se um volume elevado de treinamentos com carga horária de 2h a 4h e um volume menor de turmas realizadas embora, com quantidade maior de colaboradores.

Nota-se que 85% (35) dos treinamentos são para desenvolvimento de competências técnicas, seguidos por 10% (4) sendo ações em data de oportunidade consideradas ações motivacionais ou de endomarketing, como por exemplo setembro amarelo, outubro rosa, novembro azul, entre outros. É possível constatar que 61% (25) dos treinamentos são específicos para a área assistencial, em geral, treinamentos para atualização ou aperfeiçoamento de protocolos e procedimentos voltados ao cuidado com os pacientes, seguidos de treinamentos de gestão e humanização com 15% (6) de ocorrência e como na unidade 1, nota-se a prioridade de uso das metodologias tradicionais de ensino (aulas expositivas).

Estudo de Caso:

Para a etapa de estudo de caso foi aplicada uma pesquisa exploratória. A pesquisa foi realizada em formato remoto, com envio de link do questionário estruturado através da plataforma Google Forms, disponível por 25 dias, onde obteve-se total de 249 respostas. Considerando que às unidades possuem 496 colaboradores juntas, a amostra representa aproximadamente 90% de nível de confiança e 3.0% de Erro Amostral. A medida que, considera-se como amostragem satisfatória aquela que possibilita abarcar o problema de pesquisa em sua totalidade, contando com suas múltiplas dimensões (MINAYO, 2001), entende-se que o material coletado reflete a realidade dos programas e a percepção do usuário representado.

As análises quantitativas e qualitativas foram realizadas com uso do Microsoft Office Excel para tratamento dos resultados exportados do Google Forms. Como apenas questões de campo aberto eram opcionais e demais questionamentos eram preenchimento obrigatório, não foi necessária exclusão de nenhum registro para tratamento.

Síntese dos resultados:

O primeiro bloco da pesquisa buscou conhecer o perfil dos colaboradores envolvidos no processo de EPS. 71% dos entrevistados são do sexo feminino e 47% deles tem entre 31 e 40 anos. O perfil de formação profissional é prioritariamente de profissionais com nível superior já que apenas 15% dos profissionais entrevistados afirmam não ter tal nível de escolaridade. A formação é liderada por Técnico ou Tecnólogo, Graduação e Especialização completa (Pós ou MBA) com 31%, 30% e 15% respectivamente.

A pesquisa buscou conhecer como os participantes dos programas de EPS percebem o desenvolvimento das competências técnico e comportamentais e, continuidade, entender as necessidades de competências a serem trabalhadas com base no domínio cognitivo, afetivo e psicomotor necessário à área de atuação. A pesquisa permite o entendimento a respeito da percepção do pesquisado e também ouvir as contribuições de cada pesquisado a respeito do que deveria ser tratado nos programas de EPS.

Ao questionarmos os pesquisados a respeito dos programas de EPS, percebe-se que a compreensão dos colaboradores não dialoga totalmente com os conceitos propostos pela Política Pública já que a maior parte dos entrevistados ainda confunde a Educação Permanente com a proposta de Educação Continuada ou ainda com os eventos obrigatórios.

Tabela 01: Entendimento conceitual sobre EPS

Para você, para que serve a Educação Permanente em Saúde?	Respostas	%
Outro	8	3%
Uma continuação da formação superior realizada	27	11%
Treinamentos obrigatórios	32	13%
Um programa para aperfeiçoar a oferta de serviços aos usuários do SUS	45	18%
Treinamentos continuados	137	55%

Fonte: Dados da Pesquisa

A questão que buscava entender a causa da baixa adesão aos programas mostrou como resultados que a totalidade dos motivos se refere a problemas internos que podem ser enfrentados na gestão da unidade. Além disso, destaca-se que 21% dos motivos podem apontar falhas na escolha dos métodos de aula (“São muito teóricos ou cansativos”, “Falta de Incentivo”, “Temas desinteressantes”).

Tabela: Dados entendimento baixa adesão

Na sua opinião, quais motivos dificultam a participação nas ações de EP?	Respostas	%
Falta de tempo	56	22%
Superlotação da unidade	48	19%
Horário Inadequado	40	16%
São muito teóricos ou cansativos	25	10%
Falta de Incentivo	22	9%
Outros	19	8%
Falha comunicação	18	7%

Vínculos Empregatícios	15	6%
Temas desinteressantes	6	2%

Fonte: Dados da Pesquisa

Mesmo com fragilidade apontada para adesão aos programas, a pesquisa evidencia que 87% dos entrevistados entende a relação que existe entre os programas propostos e a qualidade do serviço ofertado.

Tabela: Dados entendimento relação PEP com qualidade dos serviços

Na sua opinião, que influência a educação permanente tem para a qualidade do serviço oferecido?	Respostas	%
Influência direta	217	87%
Influencia pouco	5	2%
Não é totalmente relacionado mas pode influenciar	26	10%
Nenhuma influência	1	0%

Fonte: Dados da Pesquisa

Além disso, ao serem perguntados sobre as possíveis carências de temas ou assuntos, a maior parte dos entrevistados refere a necessidade de mais investimentos em ações voltadas para o desenvolvimento das competências comportamentais.

Importante destacar que os dados apresentados comprovam a argumentação de que as organizações investem mais de 90% da carga horária de treinamentos no desenvolvimento de competências técnicas, não priorizando as competências comportamentais (Madruga. 2018. P13) e isso é sentido pela força de trabalho quando 60% dos entrevistados reportam necessidade de alteração nesse quadro.

Tabela: Dados entendimento necessidades de capacitação

Que tipos de treinamento você sente falta?	Respostas	%
---------------------------------------------------	------------------	----------

Competências comportamentais ou sócio afetivas (Relacionamento Interpessoal, Comunicação, Trabalho em equipe, etc.)	150	60%
Competências técnicas (protocolos, condutas técnicas, eventos adversos, primeiros socorros, etc.)	72	29%
Nenhum. Não vejo necessidade de novos treinamentos	13	5%
Outros	14	6%

Fonte: Dados da Pesquisa

Conclusões

É possível entender que são necessárias intervenções nos programas de formação profissional para garantir a reflexão multidisciplinar, com foco nos perfis dos cursos existentes e na continuidade desses programas de desenvolvimento após a conclusão da formação acadêmica destes profissionais.

Outrossim, é preciso esclarecer que a formação dos profissionais de saúde, deve ser entendida como um processo permanente, iniciado durante a graduação e mantido na vida profissional, por meio das relações de parceria da universidade com os serviços de saúde, da ação de envolvimento com a comunidade, das entidades e outros setores da sociedade civil e finalmente, por meio dos programas de capacitação continuadas (Costa, 2008).

Estima-se que, se os processos formativos do profissional de saúde forem alterados, com uso de metodologias de ensino que coloquem o educando no centro do seu processo educacional, com uso de recursos que permitam a aprendizagem significativa do usuário, os resultados serão sentidos em diversas frentes incluindo a qualidade do serviço oferecido pelo SUS.

Referências

BECKER, Fernando. Modelos pedagógicos e modelos epistemológicos. In: BECKER, Fernando (orgs.). Educação e construção do conhecimento. Porto Alegre: Artmed, 2001.

BECKER, Fernando. Da ação à operação: o caminho da aprendizagem: J. Piaget e Paulo Freire. Porto Alegre: Palmarinca, 1993.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990.

BRASIL. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: MS, 2009, p. 20.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1996/GM, 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. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 22 ago. 2007. Seção 1, p. 34.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PNASS**: programa nacional de avaliação de serviços de saúde. Brasília, 2015. 66 p. Disponível em:
<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnass_programa_nacional_avaliacao_servicos.pdf>. Acesso em: 11 de jan. de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. Brasília-DF: HumanizaSUS, 2013. Disponível em:
<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf>. Acesso em: 11 de jan. de 2022.

CAMPOS, Maria C. G. e SANGER, Maria H. O trabalho do médico recém-formado em serviços de urgência. Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Sorocaba, SP, Brasil.2013.

CAMPOS, Francisco Eduardo de; FERREIRA, José Roberto; FEUERWERKER, Laura et al. Caminhos para aproximar a formação de profissionais de saúde das necessidades da atenção básica. Revista Brasileira de Educação Médica, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 53-9, maio/ago. 2001.

CECCIM, R. Onde se lê recursos humanos da saúde, leia-se coletivos organizados de produção da saúde: desafios para a educação. In: Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro, p.161-181, 2005a.

CECCIN RB. Educação Permanente em saúde: desafios ambiciosos e necessário. Comunicação, saúde, educação. 2005; 9(16): 161-177. set.2004/fev.2005.

CORTELLA, Mario Sergio. A escola e o conhecimento: Fundamentos epistemológicos e políticos. 15ª edição. Editora Cortez. Rio de Janeiro. 2017.

FERNANDES MA, et al. Metodologias ativas como ferramenta de treinamento em saúde mental. Revista de Enfermagem da UFPE. 2018; 12: 1981-8963.

Hermida, P. M. V., Barbosa, S. S., & Heidemann, I. T. S. B. (2015). Metodologia ativa de ensino na formação do enfermeiro: inovação na atenção básica. *Revista De Enfermagem Da UFSM*, 5(4), 683–691.

MORAN, J. M. Educação Híbrida: um conceito-chave para a educação, hoje. In: BACICH, L.; TANZI NETO, A.; TREVISANI, F. de M. (org.). *Ensino Híbrido: personalização e tecnologia na educação*. Porto Alegre: Penso, 2015.

MORAN, J. M. Mudando a educação com metodologias ativas. 2013. Disponível em: <http://www2.eca.usp.br/moran/?p=543>. Acesso em: 01/03/2023.

MORAN, J. M.; BACICH, Lilian. Metodologias ativas para uma educação inovadora: uma abordagem teórico-prática [recurso eletrônico] / Organizadores, Lilian Bacich, José Moran. – Porto Alegre:Penso, 2018. e-PUB.

Pacheco, Priscila Educação permanente: contribuições das metodologias ativas em ambiente virtual de aprendizagem na formação dos profissionais da saúde / Priscila Vieira Pacheco. – São Paulo, 2017. xviii, 143f

SARRETA, FO. Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS [online]. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009. 248 p. ISBN 978-85-7983-009-9.