

Perspectivas de gestores sobre uma proposta de educação permanente em cuidado paliativo na atenção primária

Managers' perspectives on a proposal for permanent health education in palliative care in primary care

Renata de Lamare¹, Mario Jorge Sobreira-da-Silva²

DOI: 10.1590/2358-289820241429206P

RESUMO A educação pode agir como um fator transformador da prática de saúde ao promover encontros de sujeitos, da assistência à gestão. Ao intermediar a realidade assistencial, o gestor passa a integrar o espaço onde se produz saúde e educação, permitindo o aprendizado e a construção conjunta de respostas aos problemas inerentes à rotina de trabalho. Com objetivo de analisar a perspectiva dos gestores acerca de uma proposta de educação permanente em cuidado paliativo para capacitação de médicos e enfermeiros da Atenção Primária à Saúde, foi realizada uma pesquisa-ação, com abordagem qualitativa, na atenção primária da região Médio Paraíba do estado do Rio de Janeiro. Através da análise das entrevistas semiestruturadas, realizadas com oito gestoras e a representante da Comissão de Integração Ensino-Serviço da região de saúde, emergiram quatro dimensões temáticas: necessidades, aplicabilidade, equipe de saúde e acesso. Identificou-se que a proposta educacional elaborada, ao agregar educação permanente em saúde e cuidado paliativo, possibilitou à gestão vislumbrar uma estratégia dinâmica e capaz de transformar as práticas de serviço da atenção primária. Envolver a gestão ampliou o escopo do modelo proposto, potencializando sua apropriação não só no nível local, mas de forma integrada à rede de atenção à saúde.

PALAVRAS-CHAVE Cuidados paliativos. Atenção Primária à Saúde. Educação em saúde. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT Education can act as a transforming factor in health practice by promoting meetings between subjects, from care to management. By mediating the reality of care, the manager becomes part of the space where health and education are produced, enabling learning and the joint construction of answers to the problems inherent in the work routine. With the aim of analyzing managers' perspectives on a proposal for permanent health education in palliative care to train physicians and nurses in primary care, a qualitative action research project was carried out in primary care in the Médio Paraíba region of the state of Rio de Janeiro. Through the analysis of semi-structured interviews, conducted with eight managers and the representative of the Education-Service Integration Commission of the health region, four thematic dimensions emerged: needs, applicability, healthcare team, and access. It was identified that the educational proposal developed, by combining continuing health education and palliative care, allowed management to envision a dynamic strategy capable of transforming primary care service practices. Involving management expanded the scope of the proposed model, enhancing its adoption not only at the local level, but also as an integrated part of the healthcare network.

KEYWORDS Palliative care. Primary Health Care. Health education. Unified Health System.

¹Instituto Nacional de Câncer (Inca), Unidade de Cuidados Paliativos. Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
rdlamare@uol.com.br

²Instituto Nacional de Câncer (Inca), Divisão de Ensino *Stricto Sensu*, Coordenação de Ensino - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.



Introdução

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o cuidado paliativo pode ser considerado uma atividade estratégica no suporte às doenças crônicas^{1,2}. No entanto, a disponibilidade de palição nos países de média e baixa renda ainda não é uma realidade³.

Com intenção de modificar esse cenário, destaque vem sendo dado à inclusão de ações de educação voltadas ao cuidado paliativo para profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS)^{4,5}. Ainda que as competências sejam gerais, analisar ações mundiais diante das peculiaridades de educação e trabalho do cenário brasileiro assume especial relevância.

Falar de capacitação em saúde, no Brasil, significa remeter-se à Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Administrada de maneira regional, através dos Colegiados de Gestão Regional, a educação permanente possui participação das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (Cies) e atua de maneira a normatizar o processo educacional no SUS, através da capacitação e do desenvolvimento dos trabalhadores da saúde⁶.

No que tange à qualificação para o exercício do cuidado paliativo, a Resolução nº 41, de 2018, destaca a importância de fomentar estratégias educacionais de forma continuada, no ensino de graduação e especialização dos profissionais da saúde; e de maneira permanente, com os trabalhadores da saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)⁷.

A proposta de integrar a educação permanente ao ensino do cuidado paliativo é provocar o trabalhador da saúde, habituado a uma educação tradicional centrada no professor e na transmissão do conteúdo, a construir seu conhecimento⁸. Ao promover em campo o encontro de sujeitos, a educação passa a agir como um fator transformador do ato de produzir saúde⁹.

No contexto da educação, a partir da demanda de estruturação de uma capacitação em cuidado paliativo para APS pela

Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES-RJ), o primeiro momento desta pesquisa foi realizado entre março e junho de 2022 e compreendeu duas etapas: 1) análise situacional por meio de entrevistas presenciais com 17 médicos e enfermeiros da APS; 2) elaboração e validação de uma proposta de ação educacional em cuidado paliativo junto aos médicos e enfermeiros da APS, empregando a técnica de validade de face e de conteúdo¹⁰. Dessa forma, os propósitos comuns, possíveis de serem trabalhados durante uma ação educativa em cuidado paliativo, foram alinhados junto aos profissionais assistenciais.

Entretanto, a elaboração de uma ação de educação em saúde deve compreender mais que uma proposta abrangente. Para que se tenha sucesso em sua execução, o comprometimento dos participantes, o planejamento efetivo e a avaliação dos recursos disponíveis tornam-se primordiais¹¹. Como parte integrante desse espaço de saúde e educação, incluir o gestor permite a criação de um espaço de troca, aprendizado e construção conjunta de respostas aos problemas inerentes à rotina de trabalho. Ao intermediar a realidade assistencial, o gestor contribuiu para a elaboração de uma ação educativa ancorada não só no planejamento, mas, também, na política e na gestão^{12,13}.

Com essa concepção, esta pesquisa surgiu diante da lacuna educacional associada à baixa oferta de cuidado paliativo. O propósito foi buscar ampliar a oferta de palição em diferentes cenários, sobretudo fora do modelo centrado no hospital, através de um arranjo entre instituição formadora (por meio de um projeto de educação permanente); da prática do campo de serviços (fundamentada na APS dos municípios); e pela natureza política (representada pela gestão)^{12,13}.

Em vista disso, o objetivo desta pesquisa foi analisar a perspectiva do gestor acerca de uma proposta de educação permanente em saúde em cuidado paliativo para capacitação de médicos e enfermeiros da APS.

Material e métodos

Através de uma abordagem teórico-metodológica qualitativa, do tipo pesquisa-ação, e fundamentado no referencial pedagógico da educação permanente em saúde^{6,14-19}, este estudo teve a finalidade de identificar a viabilidade de implementação de uma capacitação em cuidado paliativo para APS, envolvendo a participação de gestores e do representante da Cies regional.

Realizado no período de julho a agosto de 2022, o cenário eleito para o desenvolvimento da proposta foi a APS da região de saúde Médio Paraíba, por orientação da SES-RJ. Entre os 12 municípios dessa região, oito concordaram em participar do estudo. Assim, uma amostra de nove profissionais, composta por oito gestores da APS, um de cada município participante, mais o representante da Cies regional, foi conformada²⁰.

O material elaborado e validado pelos profissionais foi submetido à apreciação dos gestores, com o intuito de apreender a sua percepção e identificar a viabilidade da implementação da ação educacional proposta.

Enquanto estratégia de diálogo e instrumento para auxiliar na compreensão do que era importante para os gestores, foram realizadas entrevistas semiestruturadas¹⁷, individuais, presenciais, com duração de cerca de 30 minutos. As entrevistas foram gravadas em áudio, por um único pesquisador, desconhecido pelos participantes, com conhecimento teórico-metodológico em cuidado paliativo e em abordagem qualitativa. No momento da entrevista, realizada no contexto da APS, estavam presentes apenas o pesquisador e o entrevistado.

O roteiro de entrevista foi composto por dados sociodemográficos e questões sobre a viabilidade da proposta de educação em cuidado paliativo na APS. O gestor foi estimulado a falar sobre aspectos facilitadores, fatores limitantes, assim como estratégias para superação das dificuldades evidenciadas pela proposta educacional. Os nomes dos

entrevistados foram substituídos pelo código Gest, associado à numeração, respeitando a cronologia das entrevistas, de forma a manter a confidencialidade.

As entrevistas foram transcritas pelo pesquisador na íntegra. Ao longo do processo inicial de leitura, já foi possível perceber a ocorrência de saturação dos temas enunciados de acordo com os objetivos do estudo²¹. O conteúdo foi pré-analisado, através de uma leitura dinâmica, e os componentes mais significativos foram organizados. A exploração e análise desse material possibilitou a construção de quatro dimensões, a partir da definição dos elementos em comum. Essa construção ocorreu através da sistematização dos dados, utilizando a técnica de análise de conteúdo categorial²².

As inferências foram baseadas em princípios pré-estabelecidos, no contexto e nas falas dos gestores entrevistados. Com a intenção de compreender as perspectivas dos gestores com relação à ação educacional, os dados foram interpretados segundo os conceitos vinculados à educação permanente em saúde e à proposta de educação em saúde da OMS^{6,11,23}. Como ferramenta de suporte na codificação do texto, foi utilizado o *software* MAXQDA[@].

Ao referenciar a educação permanente, a proposta foi compreender a ação de educação em cuidado paliativo, para além de uma capacitação isolada. Aliado ao conhecimento associado à palição, o planejamento da ação buscou transcender o processo cognitivo individual, através de um processo educacional capaz de tornar o profissional da APS capacitado a atuar enquanto responsável não só pelo trabalho em ato, mas por uma real transformação da prática coletiva de trabalho^{6,23}.

O estudo obedeceu aos pressupostos da Resolução nº 580/2018, do Conselho Nacional de Saúde²⁴. O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Nacional de Câncer (CEP-Inca) e registrado na Plataforma Brasil sob o Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) nº 53215321.4.0000.5274 e parecer nº 5.190.844.

Resultados e discussão

Quanto ao perfil dos entrevistados (*quadro 1*), todas eram mulheres, na faixa etária entre 31 e 50 anos, tendo apenas uma delas idade superior a 60 anos. Com exceção de uma dentista, todas as gestoras possuíam graduação em

enfermagem. O predomínio de enfermeiros nos cargos de coordenação na APS foi descrito por Gomes et al.²⁵, que atribuíram o perfil desses profissionais ao compromisso com a coletividade e visão administrativa, como disposto nas Diretrizes Nacionais Curriculares desse curso de graduação no Brasil²⁶.

Quadro 1. Perfil dos gestores participantes

Gestor	Sexo	Formação	Especialização	Tempo de atuação na APS (anos)
Gest 1	F	Enf	APS, saúde coletiva, terapia intensiva, emergência, neonatologia	6
Gest 2	F	Enf, Odonto	Pacientes com necessidades especiais	6
Gest 3	F	Enf	APS, emergência	12
Gest 4	F	Enf	APS, gestão	13
Gest 5	F	Enf	APS, sistemas de saúde	36
Gest 6	F	Enf	APS, gestão	16
Gest 7	F	Enf	APS, gestão, preceptoria	15
Gest 8	F	Odonto	APS, gestão	13
Gest 9	F	Enf	Gestão, saúde coletiva, ensino das ciências da saúde	não soube responder

Fonte: elaboração própria.

F: feminino; Enf: enfermagem; Odonto: odontologia; APS: Atenção Primária à Saúde.

O tempo de atuação das gestoras na APS variou de 6 a 36 anos, sendo a maioria especialista nessa área. Cerca de metade das participantes (44,43%) não possuía especialização em gestão, o que foi descrito nas entrevistas como um fator desfavorável ao planejamento e à execução das ações de educação propostas. Pires et al.²⁷ destacaram que a falta de capacitação do gestor é uma das barreiras para garantir a efetividade do modelo da APS.

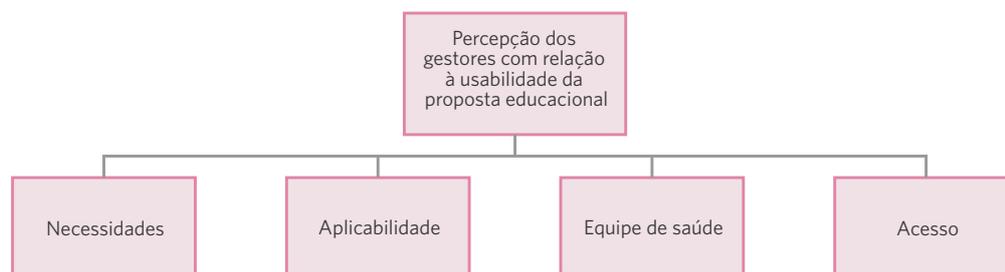
As gestoras também destacaram a alta rotatividade dos profissionais na APS enquanto outro fator dificultador da execução dos processos de educação: “[...] mudou muito a gestão recentemente, tem muitas pessoas novas, pessoas sem o conhecimento dessa parte de gestão e dos instrumentos de planejamento” (Gest 7). As justificativas para esse rodízio foram análogas às encontradas na literatura, como: baixo

reconhecimento profissional, poucas chances de aperfeiçoamento e dificuldade nas relações de trabalho²⁸. Razões relacionadas à formação de vínculos frágeis e perpetuação do ciclo descrito como falta de oportunidade para implementação dos processos de educação.

Nenhuma gestora entrevistada possuía formação em cuidado paliativo ou oncologia. Mesmo que a realização de uma abordagem paliativa não seja sinônimo de assistência especializada, para a construção de uma conduta prática em cuidado paliativo, todas as gestoras identificaram nas entrevistas a necessidade de oportunidade de acesso a programas de educação nessa área.

Diante dessa demanda, as dimensões consideradas pelas gestoras enquanto influenciadoras do processo de implementação da ação educacional em cuidado paliativo foram: necessidades, aplicabilidade, equipe de saúde e acesso (*figura 1*).

Figura 1. Percepção dos gestores com relação à usabilidade da proposta educacional



Fonte: elaboração própria.

Necessidade da capacitação em cuidado paliativo

Diante da apresentação da ação de educação permanente em cuidado paliativo, as gestoras trouxeram a necessidade de haver coerência entre a proposta e as especificidades da região de saúde envolvida. Protocolos internacionais de educação, muitas vezes transferidos ao profissional, sem nenhuma adaptação para a realidade brasileira, não foram descritos como atrativos dentro do cenário da APS.

Foi citado pelas gestoras, ao longo das entrevistas, que no Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, uma das metas para o período de 2011-2022, era a capacitação em cuidado paliativo de servidores da rede de APS²⁹. Entretanto, essas capacitações não ocorreram no ciclo proposto, o que é identificado como um problema não resolvido, uma vez que a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) prevê o cuidado paliativo como uma das ações estratégicas das equipes da APS³⁰. Ademais, quando da publicação do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis no Brasil – ciclo 2021-2030 –, essa meta não foi repactuada como diretriz³¹, sem motivos claros ou identificáveis. O novo ciclo pareceu priorizar ações relacionadas à informação, ao monitoramento e à promoção da saúde. Tais escolhas podem intensificar o problema já existente

relacionado à ausência de capacitação para o cuidado paliativo.

Diante da necessidade evidenciada, a proposta de uma ação educacional elaborada através do encontro entre educação, assistência (representada pelos médicos e enfermeiros) e gestão parece ter atuado como uma oportunidade de escuta e participação dos sujeitos envolvidos no processo de trabalho da APS³².

[...] os profissionais capacitados por esse curso conseguirão alinhar o que aprenderam. Junto com a gente da gestão, poderemos fazer um protocolo assistencial e um fluxograma que contemple o paciente oncológico desde a atenção primária até que ele chegue na média e alta complexidade. Para esse paciente não se perder no caminho. (Gest 7).

Vale reportar que, de acordo com a OMS, a prática do cuidado paliativo é baseada em princípios³³, por isso, inseri-los em protocolos pode ser um grande desafio. Ainda que referindo a ação como um ‘protocolo’, quando a Gest 7 a descreveu como algo elaborado em conjunto, apresentou uma estratégia potencialmente eficaz para ser implantada na APS.

Outro item que mereceu destaque foi a preocupação da Gest 7 com o fluxo do paciente dentro da rede de atenção à saúde. Sem o adequado funcionamento do sistema de referência e contrarreferência e com desarticulação entre os pontos de atenção à saúde, o profissional assistencial e o gestor da APS acabam sendo

confrontados com situações de sobrecarga e a consequente diminuição da qualidade do serviço prestado³⁴. Isso pode assumir uma proporção ainda maior diante de pacientes complexos, como ocorre em grande parte dos casos relacionados à palição.

Diante dessa necessidade, surgiu neste trabalho a proposta da construção de uma linha de cuidado que envolvesse não somente o plano de curso de capacitação da APS em cuidado paliativo. A ideia foi incluir a perspectiva da Gest 7 através da elaboração, junto ao profissional e ao gestor, de fluxos assistenciais de planejamento terapêutico, incluindo o percurso do paciente nos diferentes pontos de atenção, de maneira coerente com sua biografia e compatível com o fluxo da rede de atenção à saúde³⁵.

Aplicabilidade do curso

A ação educacional previamente elaborada, voltada para integralidade do cuidado, surgiu nessa dimensão como algo factível de ser aplicado, sobretudo por agregar elementos semelhantes entre a APS e o cuidado paliativo.

Ainda que pactuem princípios semelhantes, a carência de uma ação educacional relacionada à palição foi tão importante que a Gest 7 citou uma urgência pela provisão do 'básico', ou seja, a necessidade de 'começar do zero': *“esse curso tem muita relevância para atenção primária, principalmente porque estou vendo aqui no cronograma que ele vai começar do zero”*.

A mesma gestora continuou sua fala com um exemplo do quanto a APS valoriza ações de construção conjunta do conhecimento, analogamente a como ocorre no processo de educação permanente em saúde.

O fato de ter sido desenvolvido junto aos profissionais da atenção primária ajuda a dar relevância ao curso. Conforme eles forem tendo esse contato com o cuidado paliativo, eles vão conseguir aperfeiçoar, identificar melhor quais são as áreas que eles têm mais dificuldade. (Gest 7).

Ou seja, ao proporcionar reflexão sobre o trabalho em saúde, a educação permanente atua como um agente transformador das práticas de educação e trabalho. Assim, estratégias pedagógicas alternativas ao ensino tradicional, centrado no professor, ganham espaço¹⁹. Por essa razão, diante do gestor da APS, uma ação educacional com a sugestão do uso de metodologias ativas assumiu especial relevância.

Essa metodologia empregada torna o aluno corresponsável pelo processo... deixa esse indivíduo opinar, empodera esse indivíduo, ouve o que esse profissional tem a dizer. Isso é educação permanente. Diferente do professor estar lá no alto, no tablado. Isso já se perdeu. (Gest 9).

Com relação a essa prática, a construção do aprendizado ocorre através da problematização da realidade apresentada³⁶, o que remete não só à educação permanente em saúde, mas, também, à proposta de educação em saúde da OMS, em que o processo de aprendizado está para além das técnicas, baseado na construção de habilidades e na consciência dos envolvidos no processo educacional¹¹. Essa construção foi valorizada pela Gest 7, ao ressaltar o papel do professor enquanto um facilitador dos encontros entre teoria e prática³⁶.

O legal é que esse curso tem uma parte teórica e uma parte prática... Porque às vezes a gente tem um conteúdo riquíssimo, mas não consegue aplicar na prática. Por isso a gente precisa estar sempre alinhando essas duas partes. (Gest 7).

Ao considerar as relações sociais que nascem a partir da prática de trabalho, a aplicabilidade da proposta educacional foi se desenvolvendo, também, durante o processo da pesquisa de campo. Essa dimensão trouxe a percepção de algumas gestoras, que, ao longo da entrevista, foram compreendendo sua coparticipação nesse processo de construção da ação educacional em cuidado paliativo.

Equipe de saúde

Compreender, sob a ótica do gestor, as relações profissionais no contexto da APS caracterizou essa dimensão. Reconhecida como um espaço de troca, a APS representa uma referência de atuação conjunta da equipe de saúde no processo de construção do cuidado^{9,37}:

O que facilitaria a proposta de educação em cuidado paliativo apresentada no município seriam os profissionais... acho que a mentalidade deles é outra para esse tipo de ação. (Gest 6).

Assim como foi referido pela gestora, uma ação educativa capaz de agregar diferentes olhares teria grande importância no cenário da APS, sobretudo diante de problemas complexos, com demanda de maior atenção.

O entrave é que a presença da equipe, muitas vezes, não é sinônimo de trabalho integrado, na medida em que até mesmo profissionais capacitados podem não conseguir atuar por meio de relações ‘intersubjetivas’ e ‘interdisciplinares’³⁸. Romper com um modelo centrado no médico e nas relações verticalizadas entre a equipe pode representar um desafio, inclusive no contexto da APS³⁹.

Tenho muitos médicos de 20 horas. Eles vêm, até fazem um bom atendimento durante sua agenda, e vão embora. Então, acaba não tendo aquele envolvimento, aquela visão de Saúde Coletiva, de Saúde da Família mesmo. (Gest 3).

Em sua entrevista, a Gest 3 manifestou preocupação com o vínculo de alguns profissionais com a equipe e a unidade da APS. Além disso, descreveu o foco de muitos profissionais ainda no ato prescritivo, sendo as atividades relacionadas à discussão em equipe delegadas para segundo plano. Descrição semelhante foi trazida por Esmeraldo et al.⁴⁰, que identificaram em seu estudo a coexistência do modelo biomédico com a Estratégia de Saúde da Família,

representada como razão para a manutenção de uma cultura assistencialista, onde o usuário só busca atendimento diante de uma queixa específica. Esse cuidado ‘medicalizado’ atua em oposição à abordagem holística preconizada tanto pela APS quanto pelo cuidado paliativo^{33,40}.

Por outro lado, algumas equipes de saúde da APS são conhecidas por coesão, poder de alcance, propriedade em coordenar cuidados e pela articulação dos seus profissionais dentro do sistema de saúde. Conforme descrito por Sørensen, Stenberg e Garnweidner-Holme⁴¹, momentos de reflexão sobre experiências assistenciais podem trazer à equipe de saúde estímulo para construção de vínculo e respeito entre seus membros.

Independentemente do tamanho, do poder de articulação e dos profissionais que a integram, a análise das entrevistas com as gestoras possibilitou perceber que a equipe disponível deve se fazer presente. Para isso, além da integração dos profissionais, alternativas auxiliares ao processo de trabalho também foram sugeridas.

Não basta só fazer o curso. As pessoas precisam ser acompanhadas no desenvolvimento desse curso... A partir disso, a gente começa a fazer o acompanhamento, e a identificar as fragilidades que têm o processo de implantação. (Gest 5).

O processo descrito pela Gest 5 remete à lógica do matriciamento, cujo objetivo é prestar suporte técnico pedagógico e auxílio na construção de um plano de cuidado integral e personalizado ao paciente, através da interação entre especialista e trabalhador da APS⁴². Ou seja, uma estratégia longitudinal, contra-hegemônica às ações pontuais de educação, baseada em aumentar o poder de resolutividade da APS e melhorar a qualidade do cuidado⁴³. Nessa perspectiva, a instituição responsável pela implementação do curso assumiria o papel de matriciadora, e as unidades de saúde da APS seriam as matriciadas.

Acesso à ação educacional

Uma proposta de educação para atuar enquanto um modelo de suporte à assistência e à gestão precisa ser capaz de produzir impacto em longo prazo, com foco na ampliação do acesso e melhoria do atendimento da APS. Mas os recursos disponíveis são, na maioria das vezes, escassos. Por essa razão, ainda que os processos de educação sejam estimulados, muitas vezes, o que se presencia é uma prioridade à assistência, em detrimento das ações educativas⁴⁴.

Consequentemente, a inequidade do acesso, seja na saúde ou na educação, persiste, a despeito da integralidade, universalidade e equidade enquanto princípios fundamentais do SUS⁴⁵. Tendo isso em vista, envolver o gestor através da escuta, considerando o que era importante para ela, fez considerável diferença nos resultados do estudo.

Por meio desta fala: *“fazer curso municipal é difícil, mas fazer regional é mais difícil ainda. Quando é regional a gente não consegue disponibilizar vaga para todos...”*, a Gest 7 suscitou a desigualdade do acesso à capacitação dentro da mesma região de saúde. Por isso, estratégias que possibilitam a ampliação da abrangência e a manutenção das atividades educacionais devem ser consideradas. Uma proposta trazida por essa mesma gestora para continuidade do processo de capacitação foi a formação de multiplicadores: *“aquí, a gente consegue perpetuar conhecimento através dos multiplicadores. Acho sim que seria possível continuar fazendo cuidado paliativo aqui na cidade”* (Gest 7).

Essa articulação entre profissional da assistência, gestor e especialista, assim como a apropriação da ação educativa como estratégia de transformação do trabalho, remeteu exatamente ao plano educacional apresentado. Difundir o processo de educação pode atuar, inclusive, como incentivo nesse processo de implantação⁴⁶. Carvalho e Gutiérrez⁴⁷ referiram em seu estudo a questão de o ensino na APS atuar enquanto um agente motivador

do profissional, que passa a se sentir responsável pela transmissão do conhecimento adquirido.

Em vista da ampliação do acesso, uma discussão sobre modelo de capacitação, presencial ou por Ensino à Distância (EAD), gerou reflexão sobre a estratégia de execução do processo de educação. A Gest 9 ratificou o favoritismo da maioria das gestoras entrevistadas pela modalidade de capacitação presencial, mesmo diante das vantagens do modelo EAD.

Apesar de ser prático e acessível, está havendo resistência, porque as pessoas estão cansadas do método on-line. Eles ligam, deixam o equipamento lá tocando sozinho e vão fazer outras coisas. O on-line facilita o acesso, você consegue contemplar um número maior de pessoas, mas a questão é: que tipo de pessoas? (Gest 9).

Em sua fala, a gestora abordou uma preocupação relacionada à incorporação do conteúdo e à real frequência nas aulas. Aliado à dificuldade de acesso à internet, ou ao pouco manejo com situações que envolvam aparatos tecnológicos, o principal limitante do modelo à distância seria a necessidade de autonomia para estudo e o cumprimento das tarefas propostas⁴⁸.

Certificar-se que o conteúdo transmitido virtualmente, em vez de algo absorvido de forma passiva, foi compreendido de maneira crítica e reflexiva, pode não ser tarefa fácil⁴⁹, sobretudo diante da premissa da educação permanente, em que o profissional deve se tornar capaz de intervir e transformar sua prática de trabalho, como resultado do processo educacional implementado. Isso reitera a fala da Gest 9 ao questionar que tipo de pessoa seria formada por uma ação educativa passiva e sem reflexão.

Considerações finais

Compreender a perspectiva do gestor com relação à viabilidade do projeto educacional

elaborado e validado junto aos trabalhadores assistenciais da APS foi estratégia fundamental na construção de uma ação educativa em cuidado paliativo. A inclusão da gestão possibilitou o envolvimento de um contexto político-institucional que foi além de uma ação isolada de educação relacionada à palição.

Em que pese a ausência de resposta de quatro dos 12 municípios da região de saúde envolvida, ao longo do estudo, foi possível perceber a ocorrência de saturação dos temas enunciados, o que levou a considerar que as gestoras incluídas possibilitaram uma exploração ampla sobre o fenômeno investigado.

A possibilidade de contemplar a ação educacional, de maneira longitudinal, envolvendo a percepção do gestor, pode ser destacada como um ponto positivo da pesquisa. Não depender de uma fonte de financiamento específica, a possibilidade de formar multiplicadores e o potencial de implementação de um processo de matriciamento parecem ter contribuído para uma percepção favorável do projeto pela gestão, uma vez que se vislumbrou a possibilidade de estruturação de um programa que extrapola a realização de uma ação pontual de educação.

Como ações futuras, almeja-se a implementação da ação não apenas na região em que o

estudo foi iniciado, mas em todo o estado do Rio de Janeiro, com potencial de ser escalonado para outros locais do País. Essa proposta pode se fazer viável por meio de parcerias com instituições de ensino, saúde ou pesquisa locais. Incluir profissionais da APS, da assistência à gestão aparece neste estudo como uma estratégia inicial para perpetuar ações paliativas dentro do SUS. Fortalecer o projeto educacional, assim como o trabalho em rede e modalidades de monitoramento de processos e resultados da ação educacional assumem especial atenção diante da necessidade de sustentar a ação educacional proposta.

Diante do exposto, a partir da percepção do gestor, foi possível vislumbrar uma ação em educação permanente em cuidado paliativo cujo conteúdo fosse potencialmente capaz de ser incorporado à rotina assistencial, não como mais uma demanda, mas como um processo facilitador da prática já vigente.

Colaboradores

Lamare R (0000-0002-0274-2281)* e Sobreirada-Silva MJ (0000-0002-0477-8595)* colaboraram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

Referências

1. World Health Organization. National cancer control programmes: policies and managerial guidelines [Internet]. 2nd ed. Geneva: WHO; 2002 [acesso em 2024 abr 17]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/national-cancer-control-programmes>
2. World Health Organization. Why palliative care is an essential function of primary health care [Internet]. Technical series on primary health care. New York: WHO; 2018 [acesso em 2024 abr 17]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-SDS-2018.39>

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

3. Poudel AKCB, Shrestha S, Nissen L. Access to palliative care: discrepancy among low-income and high-income countries. *J Glob Health*. 2019;9(2):020309. DOI: <https://doi.org/10.7189%2Fjogh.09.020309>
4. Murray SA, Firth A, Schneider N, et al. Promoting palliative care in the community: Production of the primary palliative care toolkit by the European Association of Palliative Care Taskforce in primary palliative care. *Palliative Med*. 2014;29(2):101-111. DOI: <https://doi.org/10.1177/0269216314545006>
5. World Health Organization. Integrating palliative care and symptom relief into primary health care: a WHO guide for planners, implementers and managers [Internet]. Geneva: WHO; 2018 [acesso em 2024 abr 17]. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/274559>
6. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: Portaria nº 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004 [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004 [acesso em 2024 abr 17]. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mis-956>.
7. Ministério da Saúde (BR); Comissão Intergestores Tripartite. Resolução n.º 41, de 31 de outubro de 2018. Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União [Internet], Brasília, DF. 2018 nov 23 [acesso em 2024 abr 17]; Seção I:276. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2018/res0041_23_11_2018.html
8. Freire P. Política e educação. 5. ed. São Paulo: Cortez; 2001. Coleção Questões de Nossa Época; v. 23.
9. Emerson EM, Magalhães Júnior HM, Rimoli J, et al. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec; 2003. 296 p.
10. Alexandre NMC, Coluci MZO. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. *Ciênc saúde coletiva*. 2011;16(7):3061-3068. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000800006>
11. World Health Organization. Health education: theoretical concepts, effective strategies, and core competencies: a foundation document to guide capacity development of health educators [Internet]. Cairo: WHO, Regional Office for the Eastern Mediterranean; 2012 [acesso em 2024 abr 17]. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/119953>
12. Abellsson T, Karlsson AK, Morténus H. A feeling of ambiguity: a qualitative content analysis of managers' experiences of evidence-based practice in swedish primary care. *J Healthc Leadersh*. 2022;14:143-153. DOI: <https://doi.org/10.2147/jhl.s371643>
13. 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: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312004000100004>
14. Dionne H. A pesquisa-ação para o desenvolvimento local. Brasília, DF: Liber Livro; 2007. 130 p.
15. Thiollent M. Metodologia da pesquisa-ação. São Paulo: Cortez Editora e Livraria Ltda; 2022. 136p.
16. Engel GI. Pesquisa-ação. *Educ Rev*. 2000;(16):181-191. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-4060.214>
17. Manzini EJ. Entrevista semi-estruturada: análise de objetivos e de roteiros. In: Anais do 2º Seminário Internacional sobre Pesquisa e Estudos Qualitativos; 2004; Bauru [Internet]. Bauru: USC; 2004 [acesso em 2024 abr 17]. Disponível em: <https://educinclusivapesq-uerj.pro.br/wp-content/uploads/2020/05/manzinibauru2004.pdf>
18. Ikeshoji EAB. Práticas Pedagógicas: tendências à luz dos estilos de aprendizagem. São Paulo: Pimenta Cultural; 2023. 299 p.
19. Ferreira L, Barbosa JSA, Esposti CDD, et al. Educação Permanente em Saúde na atenção primária: uma revisão integrativa da literatura. Saú-

- de debate. 2019;43(120):223-239. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912017>
20. Onwuegbuzie A, Leech N. Sampling designs in qualitative research: making the sampling process more public. *Qual Rep.* 2015;12(2):238-254. DOI: <https://doi.org/10.46743/2160-3715/2007.1636>
 21. Cecília M. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. *Rev. Pesq. Qual.* [Internet]. 2017 [acesso em 2024 abr 17];5(7):1-12. Disponível em: <https://editora.sepq.org.br/index.php/rpq/article/view/82>
 22. Bardin L. *Análise de conteúdo* [Internet]. Lisboa: Edições 70; 1977 [acesso em 2024 abr 17]. Disponível em: https://www.academia.edu/40820250/BARDIN_L_1977_An%C3%A1lise_de_conte%C3%BAdo_Lisboa_edi%C3%A7%C3%B5es_70_225
 23. Ministério da Saúde (BR), Secretaria-Executiva, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde [Internet]. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde; 2009 [acesso em 2024 abr 17]. Disponível em: https://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_sgtes.pdf
 24. Ministério da Saúde (BR). Resolução nº 580, de 22 de março de 2018. Regulamenta o disposto no item XIII. 4 da Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012, que estabelece que as especificidades éticas das pesquisas de interesse estratégico para o Sistema Único de Saúde (SUS) serão contempladas em Resolução específica, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* [Internet], Brasília, DF. 2018 jul 16 [acesso em 2023 set 27]; Seção I:55. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2018/Reso580.pdf>
 25. Gomes APLN, Santos NL, Pereira MA et al. Perfil dos gestores da atenção primária em saúde, desafios e oportunidades. *Com Ciências Saúde.* 2022;33(1):83-96. DOI: <https://doi.org/10.51723/ccs.v33i01.1108>
 26. Conselho Nacional de Educação, Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 3, de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. *Diário Oficial da União* [Internet], Brasília, DF. 2001 nov 9 [acesso em 2024 abr 17]; Seção I:37. Disponível em: https://normativasconselhos.mec.gov.br/normativa/view/CNE_CES03.pdf?query=Curr%C3%ADculos
 27. Pires DEP, Vandresen L, Forte ECN, et al. Gestão na atenção primária: implicações nas cargas de trabalho de gestores. *Rev Gaúcha Enferm.* 2019;40:e20180216. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180216>
 28. Ogata AJN, Malik AM, Lotta GS, et al. Atenção primária na saúde suplementar brasileira: estudo qualitativo em planos de saúde. *Rev APS.* 2021;24(4):667-680. DOI: <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2021.v24.35047>
 29. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022 [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2011 [acesso em 2024 abr 17]. Disponível em: https://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf
 30. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União* [Internet], Brasília, DF. 2017 set 22 [acesso em 2024 abr 18]. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/19308123/do1-2017-09-22-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017-19308031
 31. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas e agravos não transmissíveis no Brasil, 2021-2030 [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2021 [aces-

- so em 2024 abr 17]. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/cartilhas/2021/09-plano-de-dant-2022_2030.pdf
32. Farid M, Mercês C, Libéria Rodrigues Neves. Sobre Educação, Política e Singularidade. *Educ Real*. 2019;44(1):e90185. DOI: <https://doi.org/10.1590/2175-623690185>
 33. Worldwide Hospice Palliative Care Alliance. Global Atlas of palliative care [Internet]. 2. ed. London, UK: WHPCA; 2020 [acesso em 2024 abr 17]. Disponível em: <http://www.thewhpc.org/resources/global-atlas-on-end-of-life-care>
 34. Henao Martínez D, Vázquez Navarrete ML, Vargas Lorenzo I. Factores que influyen en la coordinación entre niveles asistenciales según la opinión de directivos y profesionales sanitarios. *Gac Sanit*. 2009;23(4):280-286. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2008.05.001>
 35. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Portaria de consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017. Dispõe sobre a Política Nacional para Prevenção e Controle do Câncer. *Diário Oficial da União* [Internet], Brasília, DF. 2017 out 3 [acesso em 2024 abr 17]; Seção I(supl):61-192. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017_comparquivo1.html
 36. Bacich L, Moran J. Metodologias ativas para uma educação inovadora uma abordagem teórico-prática [Internet]. Porto Alegre: Penso; 2018 [acesso em 2024 abr 17]. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/7722229/mod_resource/content/1/Metodologias-Ativas-para-uma-Educacao-Inovadora-Bacich-e-Moran.pdf
 37. Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 1999;15(2):345-353. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1999000200019>
 38. Guimarães BEB, Branco ABAC. Trabalho em equipe na atenção básica à saúde: pesquisa bibliográfica. *Rev Psicol Saúde*. 2020;12(1):143-155. DOI: <http://dx.doi.org/10.20435/pssav12i1.669>
 39. Higginson IJ, Evans CJ. What is the evidence that palliative care teams improve outcomes for cancer patients and their families? *Ancer J*. 2010;16(5):423-435. DOI: <https://doi.org/10.1097/ppo.0b013e3181f684e5>
 40. Esmeraldo GROV, Conde de Oliveira L, Esmeraldo Filho CE, et al. Tensão entre o modelo biomédico e estratégia saúde da família: percepção dos trabalhadores de saúde. *Rev APS*. 2017;20(1):98-106. DOI: <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2017v20.15786>
 41. Sørensen M, Stenberg U, Garnweidner-Holme L. A Scoping Review of Facilitators of Multi-Professional Collaboration in Primary Care. *Int J Integr Care*. 2018;18(3):13. DOI: <https://doi.org/10.5334/ijic.3959>
 42. Viana MMO, Campos GWS. Formação Paideia para o Apoio Matricial: uma estratégia pedagógica centrada na reflexão sobre a prática. *Cad Saúde Pública*. 2018;34(8):e00123617. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00123617>
 43. Santos AM, Cunha ALA, Cerqueira P. O matriciamento em saúde mental como dispositivo para a formação e gestão do cuidado em saúde. *Physis*. 2020;30(4):e300409. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300409>
 44. Archer A, Berry I, Bajwa U, et al. Preferred modalities for delivering continuing education to the public health workforce: a scoping review. *Health Promot Chronic Dis Prev Can*. 2020;40(4):116-125. DOI: <https://doi.org/10.24095/hpcdp.40.4.03>
 45. Barros FPC, Sousa MF. Equidade: seus conceitos, significações e implicações para o SUS. *Saúde Soc*. 2016;25(1):9-18. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902016146195>
 46. Rossi SS, organizadora. Projeto MultiplicaSUS: oficina de capacitação pedagógica para a formação de multiplicadores [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2005 [acesso em 2023 out 8]. Disponível

em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2083.pdf>

47. Carvalho MAP, Gutiérrez AC. Quinze anos da Residência Multiprofissional em Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde: contribuições da Fiocruz. *Ciênc saúde coletiva*. 2021;26(6):2013-2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021266.44132020>
48. Almeida MEB. Educação a distância na internet: abordagens e contribuições dos ambientes digitais de aprendizagem. *Educ Pesqui*. 2003;29(2):327-340. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1517-97022003000200010>

49. Feniman SF. Ensino-aprendizagem significativos em EAD: breve ensaio sobre desafios e potencialidades [Internet]. São Carlos CIET: EnPED; 2018 [acesso em 2024 abr 17]. Disponível em: <https://cietenped.ufscar.br/submissao/index.php/2018/article/view/583>

Recebido em 28/12/2023

Aprovado em 13/05/2024

Conflito de interesse: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Editora responsável: Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato