



ciência plural

A INFLUÊNCIA DOS MOVIMENTOS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NA PRÁTICA DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

The Influence of Movements of permanent education in health in the work of the community health agent

Francijane Diniz de Oliveira • Secretaria Municipal de Saúde do Recife (PE). Mestre em Saúde da Família (Renasc-UFRN), Enfermeira da ESF José Bonifácio dos Santos (Recife-PE). Preceptora da Residência Multiprofissional em Saúde da Família (UPE). E-mail: francijanediniz@gmail.com

José Guilherme Wady Santos • Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Psicólogo Clínico, Doutor em Ciências Sociais (UFRJ). Pesquisador do Coletivo de Pesquisa Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde (UFRJ). E-mail: guilherme.wady@gmail.com

Uemenson da Silva Soares • Secretaria Municipal de Saúde de Jaboatão dos Guararapes (PE). Especialista em Saúde da Família (UPE), Enfermeiro da ESF Jaboatão dos Guararapes (PE). E-mail: uememson@gmail.com

Ricardo Henrique Vieira de Melo • Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Dentista da Estratégia Saúde da Família de Nazaré (SMS Natal/RN); Mestre em Saúde da Família (RENASF/UFRN); Preceptor do PetgraduaSUS (SMS-Natal/UFRN); Preceptor da Residência Multiprofissional em Saúde (UFRN); Facilitador Pedagógico do Programa de Educação Permanente em Saúde da Família (PEPSUS/UFRN). E-mail: ricardohvm@gmail.com

Mércia Lima de Melo • Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Acadêmica do Curso de Licenciatura em Educação Física (UFRN). E-mail: mercialimamelo@gmail.com

Antônio Medeiros Junior • Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Doutor em Ciências da Saúde (UFRN); Docente do Departamento de Saúde Coletiva (UFRN). E-mail: soriedemjunior@gmail.com

Autora responsável pela correspondência:

Francijane Diniz de Oliveira. E-mail: francijanediniz@gmail.com

RESUMO

Introdução: a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde ampliou os aspectos pedagógicos utilizados para expressar as relações entre ensino e serviços, buscando tornar a rede pública de saúde em uma rede de ensino-aprendizagem no trabalho. **Objetivo:** Relatar a experiência do uso da Educação Permanente em Saúde como propulsora de questionamentos no agir e no pensar do processo de trabalho em equipe na Estratégia Saúde da Família. **Metodologia:** A experiência, iniciada em 2014 e perene na atualidade, foi desenvolvida a partir da problematização de situações cotidianas dos Agentes Comunitários de Saúde através de Rodas de Conversa e Tenda do Conto, enquanto instrumentos promotores de reflexão e debate sobre temas mobilizadores. Os encontros foram mediados por preceptores e profissionais que atuam em uma unidade de saúde da família do distrito Sanitário VII na cidade do Recife. **Resultados:** A vivência trouxe reflexões sobre a prática do agente comunitário fundamentadas no referencial da educação permanente enquanto propulsora de movimentos capazes de gerar mudanças no mundo do trabalho; favoreceu a criação de uma caixa de ferramentas para sistematizar o trabalho desse profissional, permitindo a proposição de mudanças na dinâmica de visita domiciliar enquanto dispositivo de reflexão trazido a partir das necessidades dos usuários da Estratégia Saúde da Família. **Conclusões:** Os processos de Educação Permanente serão exitosos somente se gerados juntos de propostas de mudança institucional na qual a mesma educação possa se inserir como estratégia. Esta experiência nos permite afirmar que este tipo de educação pode ser efetiva na modificação dos processos de trabalhos, assumindo papel de instrumento revelador das necessidades reais de transformação das práticas uma vez que o turbilhão de ideias disparadas a partir de cada encontro promovem, no itinerário de suas ondas e dobras, a necessidade de revisitar as práticas e repensá-la criticamente a luz das necessidades dos usuários e do serviço.

Palavras-chave: Educação em saúde; Recursos Humanos; Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

Introduction: the National Policy of Permanent Education in Health has extended the pedagogical aspects used to express the relationships between teaching and services, seeking to become the public health network a network of teaching and learning at work. **Objective:** to report the experience of use of permanent education in health as a promoter of questions on the act and on the thinking of the process of teamwork in the family health strategy. **Methodology:** the experience, starting in 2014 and perennial today, was developed from the problematization of everyday situations of community health agents through round of conversation and tent of the tale, as instruments of promoters reflection and debate on matters mobilisers. The meetings were mediated by tutors and professionals who work in a family health unit Health VII District in the city of Recife. **Results:** The experience brought reflections on the practice of community agents based on Permanent Education frame while movements able to generate driving changes in the world of work; favoured the creation of a toolbox to systematize the work of this professional, allowing the proposal of dynamic changes of home visitation while the reflection device brought from the needs of the users of The family health strategy. **Conclusions:** The processes of Permanent Education will be successful only if raised together proposals for institutional change in which the same education can enter as a strategy. This experience allows us to affirm that this kind of education can be effective in modifying the work processes, assuming role of developer tool of the real needs of transformation of practices as the “pororoca”, or tidal bore fired from each encounter promote, on the itinerary of its waves and folds, the need to revisit and rethink practices critically to light the needs of users and the service.

Keywords: Health Education; Human Resources; Family Health Strategy.

Introdução

A educação na saúde é uma área bem estruturada de saberes e práticas, determinada por fenômenos relacionais sociais estabelecidos entre os diferentes atores que a organizam. A educação e a formação profissional são conceitos polissêmicos, aplicados ao campo da saúde coletiva, muitas vezes como se fossem sinônimos de ensino, qualificação, treinamento, capacitação e habilitação¹. O termo Educação Profissional em Saúde compreende a formação inicial ou continuada, de nível técnico médio e superior, realizada em serviços de saúde e em instituições de ensino². A educação continuada pode ser entendida como um processo educativo formal ou informal, dinâmico, dialógico e contínuo, pessoal e profissional, individual e coletivo³.

A educação permanente é compreendida como uma aprendizagem-trabalho, onde o aprender e o ensinar estão incorporados ao cotidiano das organizações. Ela está fundamentada na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais, a partir da problematização do processo de trabalho e da realidade, levando em consideração os conhecimentos e as experiências das pessoas⁴.

A Educação Permanente em Saúde (EPS) é, ao mesmo tempo, uma prática de ensino-aprendizagem e, também, uma política de educação na saúde. Como prática de ensino-aprendizagem “significa a produção de conhecimentos no cotidiano das instituições de saúde, a partir da realidade vivida pelos atores envolvidos, tendo os problemas enfrentados no dia-a-dia do trabalho e as experiências desses atores como base de interrogação e mudança”⁵, p.162. E, como política de educação na saúde, abrange a contribuição do ensino à construção do Sistema Único de Saúde (SUS).

A EPS deve mobilizar o Quadrilátero da Formação, ou seja, a interação entre os segmentos da formação, da atenção, da gestão e do controle social em saúde, para dignificar as potencialidades locais de cada realidade singular, estabelecendo uma aprendizagem significativa, criativa e crítica. Assim, os profissionais de saúde devem mudar a concepção educacional hegemônica tradicional cartesiana para uma abordagem construtivista, interacionista, de problematização das práticas e dos saberes; inovar práticas mais humanizadas e integrais; gerenciar de modo criativo a rede de serviços; e considerar os movimentos sociais nas lutas pela saúde⁶.

No setor da saúde, a EPS é um conceito pedagógico utilizado para expressar as relações entre ensino e ações e serviços, articulando docência, mediação educacional e tecnológica, capaz de produzir

interações significativas entre os sujeitos e constituir estratégia fundamental às transformações do processo de trabalho. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) ampliou esse conceito, que passou a designar também as relações entre a formação e a gestão setorial, desenvolvimento institucional e controle social em saúde para tornar a rede pública de saúde em uma rede de ensino-aprendizagem no trabalho e no exercício da prática profissional^{7, 8}.

Sendo assim, a EPS pode ser capaz de produzir na Estratégia Saúde da Família (ESF) movimentos de coesão, e com isso proporcionar ao trabalhador o protagonismo efetivo deste processo, quando deixa de ser referenciado apenas enquanto um recurso, para ser ator social de sua própria prática, onde o desafio é produzir autorreflexão sobre o agir produtor do cuidado em saúde. É exatamente essa ampliação, de colocar-se ético e politicamente em discussão, no plano individual e coletivo do trabalho, que a experiência de “EPS em Movimento” vem tentando realizar dentro de um serviço de saúde da cidade de Recife.

A situação motivadora da experiência partiu do encontro entre profissionais e usuários durante o processo de acolhimento na ESF. O acolhimento tem como uma de suas finalidades a reorganização do processo de trabalho da Equipe de Saúde. É uma tecnologia leve que possibilita diminuir a distância entre as ações propostas e a necessidade da população adstrita. As informações colhidas na escuta dos usuários podem ser capazes de subsidiar as práticas de planejamento e programação, possibilitando a identificação de problemas prioritários, contribuindo assim para a definição de ações e suas respectivas formas de organização mais harmônicas com as necessidades de saúde⁹.

Na ocasião, um dos pontos evidenciados foi a irregularidade da Visita domiciliária do Agente Comunitário de Saúde. Partindo desse dispositivo a equipe mobilizou-se para rever seus processos de trabalho relacionados à questão, pois os usuários demonstraram que os processos instituídos na dinâmica da visita domiciliar do ACS não estavam contemplando suas necessidades. O problema compartilhado

abriu interrogações sobre o modo instituído como se operava o trabalho e o sentido de suas ações, na Unidade Saúde da Família, demonstrando, segundo Merhy¹⁰, os distintos possíveis do caminhar do processo de ações dos agentes envolvidos, suas interrogações sobre o modo instituído de como se opera o trabalho e o sentido de suas ações, naquele equipamento.

Merhy¹¹ defende a existência de um espaço intercessor construído no encontro do trabalhador e do usuário, em ato, no processo de trabalho em saúde. Esse requisito se faz necessário para induzir, muitas vezes, efeitos inesperados, produzidos geralmente por algo inusitado, para permitir o sentimento de

aspectos que vão além do nome, do número no prontuário, do caso, do número de leito, entre outros elementos evidenciados e capturados, em alto grau, pelo mundo das organizações, do trabalho, pelo mundo das ciências, esquecendo e minimizando o mundo da vida, nestes movimentos, de contínua e incessante mudança, que ocorrem em nós e no mundo.

Considerando que o cotidiano do trabalho em saúde é produzido por muitas vivências que vão compondo as experiências; pensando cada experiência como oportunidade para aprendizagem; e que aprender e experienciar são processos que não se fazem somente com a cabeça, mas com o corpo, com vibrações que nos afetam e afetam a outros¹², o objetivo do presente artigo é relatar a experiência do uso da Educação Permanente em Saúde como propulsora de questionamentos no agir e no pensar do processo de trabalho em equipe na Estratégia Saúde da Família.

Metodologia

O processo teve início com a descrição do problema e com a reflexão sobre as implicações deste para os serviços de saúde. A análise da situação-problema foi feita com base em uma proposta da intervenção. Então, a partir do consenso da equipe, deu-se início a encontros periódicos para conversar sobre as práticas e os ruídos levantados no processo de acolher, através de rodas de conversa.

A Roda de Conversa é metodologia bastante utilizada em intervenções comunitárias. Consiste em discussões coletivas acerca de determinado tema mobilizador, através da criação de espaços de diálogo democrático, de compartilhamento e de troca de reflexões e experiências. Este método contribui para a construção da autonomia dos sujeitos por meio da problematização, da socialização dos saberes e da reflexão sobre a vida cotidiana¹³.

No arranjo em roda, por meio da conversação se problematiza a realidade para que a aprendizagem significativa possa ocorrer. O diálogo funciona como um recurso didático criativo, fundamentado no respeito ao outro, e na interação social. É um instrumento (ferramenta) real para fazer aflorar opiniões divergentes. O debate demonstra que as noções fornecidas quase sempre necessitam de revisão constante, para desconstruir crenças falsas na intenção de obtenção de consensos, em busca de um saber prático (ações, propósitos, condutas, resoluções) fundamentado na criticidade¹⁴.

Os encontros foram realizados fora do ambiente habitual de trabalho e/ou de formação com o intuito de desconstruir o imaginário acerca da educação para o trabalho, que até então se constituiu de cursos ou orientações ofertadas sem discussões prévias a respeito dos problemas a ser conversado. A intenção do

processo era discutir as demandas trazidas pela comunidade sobre a visita domiciliar bem como buscar a institucionalização da Educação Permanente nas práticas da equipe como estratégia para solucionar os problemas do cotidiano.

Desse modo, nos colocamos em análise e, a partir do processo de EPS em movimento que se tem vivenciado, tratando-o como ferramenta pedagógica para produzir cuidado através de rodas de conversa para compreendermos a relação dos ACS com o seu trabalho e os sentimentos despertados por este, tendo como pano de fundo o entendimento de que as respostas para as questões do mundo do trabalho são respondidas pela análise do cotidiano e em ato.

Na primeira roda foram utilizadas palavras disparadoras que possibilitassem acessar as questões acerca do tema. Em um envelope continham as seguintes palavras: a) bom; b) ruim; c) me deixa triste; d) me deixa feliz; e) em equipe; d) processo; e) dificuldades; f) facilidades, e os ACS deveriam relacioná-las ao tema: trabalho. Isso proporcionou uma narrativa pessoal, onde todos expressaram suas afetações e comunicaram seus sentimentos.

Os ACS da equipe estão afetados de diversas formas a respeito de seu trabalho. Eles trazem a falta de cooperação dos colegas como uma questão principal para as dificuldades do trabalho em equipe, além de considerarem que o compromisso não é parte de todos. Isso os desmotiva porque são aspectos contrários ao modo como o trabalho em Atenção Básica em Saúde deve se pautar, em objetivos compartilhados coletivamente, na cooperação mútua, no apoio institucional e no compromisso gerencial durante a produção do cuidado.

O segundo encontro utilizou a Tenda do Conto como ferramenta metodológica de acesso a representação do trabalho como ACS. Trata-se de uma experiência desenvolvida como uma tecnologia de cuidado na Atenção Básica à Saúde. Para sua construção, é feito um convite prévio aos participantes sugerindo que os mesmos levem para o local de encontro, no dia e horário agendado, algo representativo de sua história vivida. Algo que desencadeia diálogos sobre experiências passadas, esquecidas, compartilhadas ou não¹⁵. A Tenda do Conto se caracteriza enquanto uma metodologia participativa, nos diversos contextos nos quais ela pode ser realizada. É uma prática dialógica e participativa “na medida em que contribui para as práticas de cuidado em saúde e para a produção de sentidos, significados e ressignificação dos problemas psicossociais, por meio da experimentação (...) e da problematização”¹⁵, p.11.

Nesse espaço aberto de contação de histórias, é feito um investimento na saída do isolamento social, uma aposta no protagonismo dos sujeitos. A tenda do conto vem sendo cada vez mais utilizada enquanto um dispositivo junto aos trabalhadores de saúde e na integração ensino-serviço onde, na improvisação de uma tenda, muitas histórias são ouvidas e portanto, disparadoras de discussões e estudos, um espaço de conversa

onde usuários, profissionais e discentes possam fazer/trazer seus contos a partir das práticas e do trabalho cotidiano¹⁶.

Assim, a eles foi pedido que levassem para o encontro um objeto que representasse o seu mundo do trabalho. A tenda foi construída com os seguintes objetos: a) Ficha de Cadastro Individual e Domiciliar: que representou o primeiro contato com a família, a partir da qual esperava-se que ele tomasse conhecimento do que existe em sua micro área, quais os contextos de vida, sociais, de saúde e doença daquela população; b) o Crachá: que representou a identificação com a profissão e com a comunidade para se trabalhar como ACS; c) o Livro de Registros: significando o reconhecimento da área, pois o ACS deve ser capaz de conhecer os problemas de sua comunidade, reconhecer as pessoas que lá vivem, manter vínculo, ofertar apoio quando necessário. Após a contextualização do processo de trabalho, baseada no trabalho coletivo, e levantado os significados deste para os sujeitos do processo, discutiu-se nos encontros seguintes o tema visita domiciliar, uma vez que foi o ruído motivador deste processo. Na perspectiva de acessar soluções para o problema posto, buscou-se refletir sobre como acontecia o momento das visitas domiciliares, tendo como pergunta norteadora: como você faz e prepara a sua visita domiciliar? como torná-la envolvente para a gestão do cuidado de indivíduos e famílias?

Resultados e Discussões

As metáforas incentivam a criatividade, a conexão entre pessoas e contextos, o encorajamento de sonhos. Desta forma, elas estimulam o pensamento e podem ser derivadas de contos e de histórias ou experiências cotidianas, usando a força da simbologia para fundamentar conhecimentos compartilhados. Consistem na combinação inovadora e interativa entre conceitos, contextos e categorias¹⁷.

A palavra pororoca é de origem indígena (tupi) e significa estrondo (forte barulho da natureza). A pororoca é um fenômeno natural que ocorre quando há o encontro entre as águas de um grande rio com as águas do oceano¹⁸. Já o Efeito Pororoca (metáfora), diz respeito aos trabalhadores que se deixam afetar pelas relações e saberes, recebendo de volta, como aprendizagem, o agir e o saber do outro¹⁹.

O trabalho em saúde não se faz sozinho. Ele ocorre durante o encontro entre trabalhadores (uns com os outros) e entre usuário(s) e trabalhador(es). No mundo do trabalho, a produção dos encontros provoca conexões em função dos desejos, atos e implicações. Diferentes saberes são mobilizados durante a produção (mergulho) no processo de trabalho em saúde. É como o itinerário de uma grande onda (pororoca) que se dobra sobre si, em uma ação sobre o próprio agente do ato/implicação reconhecendo interesses inscritos nas ações produzidas. Para entender a implicações do efeito pororoca é necessário analisar os ambientes, os coletivos e os lugares ocupados ou que se pretende ocupar, bem como os desafios associados¹².

Tal efeito é como se fosse uma pororoca, um vai e vem de produção, “essa última (...), agora, já de um outro modo, porque já sob influência da ação de uma nova subjetividade, que foi construída pelo mesmo sujeito da ação na sua alteridade”^{19, p.292}. Um modo de produção do cuidado que opera por fluxos de intensidade, mediados pelas tecnologias de trabalho, que produz e que também é produzido pelos afetos entre os sujeitos, que produzem a si mesmos e se afetam mutuamente, caracterizando identidades e alteridades, subjetivas. Assim, “encontramos movimentos de vários trabalhadores que se deixavam afetar pelas relações e saberes (...) recebendo de volta como aprendizagem a relação que realizavam a partir do seu próprio trabalho”^{20, p.53}.

Após os momentos de conversa (roda e tenda), evidenciou-se que as visitas eram realizadas a partir da solicitação dos Agentes Comunitários de Saúde. Assim, não existia uma organização e nem uma sistemática das visitas, provocando com isso iniquidades nestes instrumentos de acesso ao sistema de saúde. As discussões sobre os objetivos das visitas domiciliares fizeram com que os profissionais percebessem a necessidade de certa reorganização das mesmas, na perspectiva de minimizar os ruídos vindos da comunidade para cumprirem com a sua responsabilidade sanitária. O grupo decidiu criar instrumentos que os orientassem a realizar tal atividade e, então, coletivamente foram elaborados dois instrumentos de visitas: um que demonstra quais as famílias que foram visitadas durante o mês em uma visualização rápida e, outro, um formulário com uma espécie de roteiro de itens mínimos a ser averiguado durante a visita domiciliar.

Inicialmente, optou-se por concretizar apenas a segunda ficha, que contém um desenho de todas ruas e casas das respectivas micro área que são de responsabilidade de cada ACS, possibilitando a visualização da sua abrangência de uma forma simples e completa. Esta ficha é sinalizada por cores em analogia ao semáforo: verde, amarela e vermelha. Assim, durante a visita, o ACS, de posse da ficha, sinaliza cada residência seguindo a legenda: a) verde: para casa visitada e sem problemas evidenciados; b) amarelo: casa visitada, porém fechadas; c) vermelha: casas visitadas e com evidência de problemas; e, por fim, d) casas sem visitas no mês, que ficariam sem sinalização, conforme a figura abaixo:

Figura 1: Esquema para mapeamento das visitas domiciliares. Recife-PE, 2018.

Rua Belarmino Henrique									
99	87	87A	87B	87C	90	30A	30B	30C	30D
187	187A	187B	187C	187D	57	51	45	45A	

Rua Macau									
50	52	54	54A	70	78	78A	84	84A	84B
97	65	57	51	51A	45	57A	52A		

Rua Xambre									
97	98	112A	112B	102	130	153	166	172	178
180	186	107	107A	197B	107C	107D	115	165	177
147	141	131	125	105	105A	49	49A	172C	172
132	132A	132B	140	140A	140B	140C	141A	42	88
88 ^a	46	46A	46B	60	91	91A	89	89A	89B
140E	98A	140D	131A						

Rua Moreno									
105A	69	66	33	33A	33B	33C	33D	157	34
36	38	44	50	52	60				

Rua João Gonçalves									
08	135	22	30	45	378	378A	132	140	

Rua da Conceição (Largo da Conceição)									
137	129	129A	125	125A	125B	125C	117	111	105

A ficha foi introduzida em meados de 2015, e por quatro meses os ACS a utilizaram como experiência. Após este período, constituiu-se mais uma roda de conversa para avaliação de sua utilização. Como produto da avaliação os ACS construíram um vídeo demonstrando como a ficha trouxe mudança no processo de organização da visita. Assim como os ACS reavaliaram seu processo de visita, a equipe básica também passou a refletir sua prática no domicílio, uma vez que os atendimentos domiciliares são a usuários adoecidos, pelas próprias atribuições da ESF, que deve focar no coletivo ampliado das famílias com maior vulnerabilidade e não apenas no indivíduo.

As reflexões apontaram para a necessidade do uso combinado entre esse instrumento e a escala de Coelho-Savassi²¹ para classificação de risco a fim de direcionar melhor as ações de cuidado das famílias com maiores escores, buscando entender o processo familiar e com isso acessar os problemas e tentar junto com a família minimizá-los. O ACS está inserido no cotidiano das pessoas que assiste, é o profissional capaz de direcionar de maneira mais consciente os caminhos a serem desenvolvidos pelo restante da equipe no cuidado em saúde, na promoção e na prevenção, pois é ele que melhor reconhece a realidade de cada família. O agente, necessariamente morador da área de abrangência da unidade de saúde, trabalha principalmente no território, no espaço onde pulsa a vida, para além dos muros das unidades de saúde¹⁹.

É conveniente esclarecer que o processo metafórico envolve cognição, imaginação e sentimento, através de uma espécie de engenho, de uma forma e/ou fonte de saber, cujos processos e produtos resultam de associações através das quais o conhecimento é construído; e funciona como um instrumento de comunicação problematizado capaz de reorganizar, na sua trama, os conteúdos de uma visão de vida, através da fusão de pensamentos, de horizontes, de mundos diferentes. Assim, as metáforas são geradas nas experiências socioculturais compartilhadas pela intersubjetividade de atores sociais sensíveis e criativos²².

O ensino na saúde acumulou uma tradição caracterizada por um formato centrado em conteúdos e numa pedagogia da transmissão, de desconexão entre os núcleos temáticos, com excesso de carga horária para determinados conteúdos e baixa ou nula oferta de disciplinas optativas; de desvinculação entre o ensino, a pesquisa e a extensão, predominando um formato enciclopédico e uma orientação pela doença e pela reabilitação.

Nas políticas educacionais a formação não tem tido uma orientação integradora entre ensino e trabalho, onde o aluno aprende na universidade para aplicar na selva do mercado de trabalho, que esteja voltada para uma formação teórico-conceitual-metodológica que potencialize competências para a integralidade no enfrentamento das necessidades de saúde da população e melhoria nos resultados do sistema de saúde.

A configuração em disciplinas e departamentos tem apoiado a resistência de gestores, docentes e discentes, na manutenção de formatos curriculares tecnocráticos e perpetua, fora da academia, o corporativismo das especialidades e controles burocráticos que dificultam as práticas interdisciplinares, caminhando a passos largos na direção de um saber/fazer fragmentado. Há necessidade de valorização

da criatividade, subjetividades pensantes, prazer do conhecimento, alegria do trabalho coletivo e responsabilidade social. Os momentos de debate norteados pela condução da problematização também produziram reflexões sobre o processo histórico e social da EPS, sobre seus avanços e retrocessos, e foram consonantes com os apontamentos de Lima et al²³. O quadro 1 resume esses aspectos.

Quadro 1: Pontos positivos e negativos em relação à articulação ensino-serviço-comunidade e Educação Permanente em Saúde, na Estratégia Saúde da Família. Recife-PE, 2018.'

ARTICULAÇÃO ENSINO-SERVIÇO-COMUNIDADE E EPS NA ESF	
PONTOS POSITIVOS	PONTOS NEGATIVOS
Aumentou a adesão de equipes, interesse, capacitação, abertura a mudanças.	Resistência e falta de interesse, dificuldade de sensibilização e motivação por parte de alguns profissionais de saúde.
Melhorou utilização dos dados e informações de saúde disponíveis para a realização de planejamento do trabalho com base nas necessidades locais específicas e regionais	Descrédito no processo de EPS. Absenteísmo crescente de preceptores. Centralização do interesse de participação apenas no recebimento de incentivo financeiro (bolsa)
Reorganizou o processo de trabalho com conteúdos da Educação Permanente em Saúde.	Falta de governabilidade e de instrumentos de planejamento para por em prática os conceitos da EPS.
Disparou atividades realizadas na triangulação entre a academia, os serviços e a comunidade.	Sobrecarga de trabalho, alta demanda. Descontinuidade de incentivos financeiros.
Disponibilizou maior quantidade e qualidade de materiais didáticos, de apoio, instrumentais.	Falta de recursos humanos, saída ou transferência de funcionários. Déficit de pessoal em algumas áreas e a alta rotatividade em outras.
Democratizou espaços nas reuniões participativas para reflexão e resolução de problemas do cotidiano.	Ambiente político desfavorável, sucateamento da atenção primária. Condições inadequadas de trabalho em muitos serviços.
Fomentou o acolhimento, adesão, vínculo e colaboração da comunidade.	Concepção tecnocrática, normativa, com predomínio da visão burocrática.
Impulsionou a participação e o envolvimento dos docentes, discentes e profissionais de saúde, favorecendo a interação na rede de serviços.	Presença de greves por questões salariais, descontinuidade dos processos. Problemas da organização e administração do pessoal das unidades.
Propiciou discussões acerca das novas diretrizes de formação de profissionais para o SUS.	Baixa intersetorialidade, pouca participação de gestores municipais.
Induziu maior autonomia operacional tornando a estrutura mais ágil, pelo dinamismo do processo em construção compartilhada.	Dificuldade de integração de agendas da ESF e da universidade (diferentes grades curriculares de cada curso) para desenvolvimento de atividades presenciais.
Resgatou e consolidou experiências locais bem-sucedidas	Socialização incipiente das experiências locais.
Capacitou pedagogicamente profissionais de saúde preceptores	Fragmentação, descontinuidade e improvisação das ações.
Ampliou o público-alvo pela maior oportunidade de participação de gestores locais, conselheiros, ONGs, Lideranças, etc.	Deficiências no desempenho em razão da falta de monitoramento das ações desenvolvidas.
Sincronizou aspectos das diretrizes da EPS com as da ESF e do SUS	Problemas de supervisão e má comunicação entre o pessoal. Permanentes conflitos laborais. Relações humanas no trabalho, conflitos de interesse entre grupos.
Ampliou a noção de atenção básica ela maior discussão e reflexão sobre as práticas	Baixa visibilidade das atribuições e competências dos setores/atores Insatisfação do pessoal.

Os momentos de debate norteados pela condução da problematização também produziram reflexões sobre o processo histórico e social da EPS, sobre seus avanços e retrocessos, e foram consonantes com os apontamentos de Lima et al²³. O quadro 1 resume esses aspectos.

Para a recuperação do protagonismo social, faz-se necessária uma ampla rede de negociações, um conceito integrador, pelo caráter singular dos diferentes serviços de saúde, sua historicidade, projetos, experiências interativas capazes de privilegiar o processo de trabalho no cotidiano e combinar competências cognitivas (conhecimento), técnicas (habilidades); comportamentais (atitudes) e éticas (princípios) no ensino-aprendizagem.

A prática colaborativa é mais eficaz quando está organizada em torno das necessidades da população adscrita. Ela pode formatar novos conceitos interprofissionais. “Uma força de trabalho de saúde colaborativa preparada para a prática é um mecanismo essencial para moldar a eficácia da prática colaborativa”²⁴, p.28, entretanto, ela sozinha não garantirá a provisão de serviços de saúde de excelência. Para isso, outros mecanismos práticos, como apoios institucionais, cultura de trabalho e o ambiente, serão necessários para proporcionar sua efetividade.

As ações cotidianas do trabalho na saúde não devem ser neutralizadas ou reduzidas a uma racionalidade técnica que ignora os conhecimentos e ações adquiridas como significativas, instituídas a partir de uma relação que se abre para o imprevisto, para o não pensado, que não cabe em uma formação pautada apenas em habilidades e atitudes²⁵.

A Educação Permanente em Saúde também deverá ter a missão de capacitar os profissionais de saúde para o desempenho do ensino em serviço, inclusive os trabalhadores de nível médio. As propostas pedagógicas ainda estão distantes neste aspecto, afastando-se da realidade, sem dialogar adequadamente com os serviços, o que dificulta a articulação com o contexto do cuidado, contrariando as diretrizes da PNEPS.

Considerações finais

O cotidiano é o cenário por excelência das práticas de saúde, das interações, dos encontros e desencontros entre os sujeitos, as ideias e os ideais. Um espaço fértil para a observação, reflexão e transformação da realidade social. A experiência proporcionou reflexões sobre as ofertas do serviço aos usuários, pensando a visita domiciliar do ACS, que passou a ser melhor sistematizada. A ferramenta construída a partir dessas reflexões possibilitou a aplicação de estratégias de priorização das visitas domiciliares de uma maneira simples, fácil e clara. Entretanto, é necessário maior investimento em outras ferramentas de análise das condições de vulnerabilidade que sejam capazes, inclusive, de estratificar problemas e necessidades, tais quais:

condições de higiene, poluição local, condutas pessoais de alimentação, sedentarismo, aspectos relacionais, interpessoais e criminais.

Recomendamos que as metodologias utilizadas (tenda do conto, rodas de conversas) para o processo de reflexão das práticas, proporcionado pela proposta de EPS em movimento, possam ser combinadas com outras metodologias ativas, a exemplo da cartografia participativa, fluxograma analisador, mapa analítico, para ampliação das discussões e do reconhecimento do trabalho do ACS para a prática colaborativa e interprofissional em saúde. O redescobrimto do papel do ACS na equipe de saúde e, especialmente, de seu pertencimento ao território, e de sua importância estrutural para a equipe de saúde e para a comunidade, foi a construção mais efetiva deste movimento.

Os processos de Educação Permanente só podem ter êxito se gerados quando existe uma proposta de mudança institucional na qual a EPS possa se inserir como estratégia, pois são muitas as barreiras a serem transpostas diante de uma proposta de reflexão e mudança, pelos propósitos explícita ou implicitamente perseguidos e pela distância entre o que se deseja alcançar e o que se consegue realmente. Que as pororocas disparadas a partir de cada encontro, promovam no itinerário contínuo de suas ondas, impactos positivos capazes de revigorar as pessoas e seus projetos de felicidade.

Referências

1. Pinto ICM, Nunes TCM, Belisário AS, Campos FE. De recursos humanos a trabalho e educação em saúde: o estado da arte no campo da saúde coletiva. In: Paim JS, Almeida-Filho N. Saúde coletiva: teoria e prática. Rio de Janeiro: Medbook; 2014. p. 611-623.
2. Morosini MV, Fonseca AF, Pereira IB. Educação em saúde. In: Pereira IB, Lima JCF. Dicionário da educação profissional em saúde. 2ª ed. Rio de Janeiro: EPSJV; 2008. p. 155-162.
3. Nietzsche EA, Backes VMS, Ferraz F, Loureiro L, Schmidt SMS, Noal HC. Política de educação continuada institucional: um desafio em construção. Rev. Eletr. Enf. 2009; 11(2):341-8.
4. Brasil. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
5. Ceccim RB, Ferla AA. Educação Permanente em Saúde. In: Pereira IB, Lima JCF. Dicionário da educação profissional em saúde. 2ª ed. Rio de Janeiro: EPSJV. 2008. p. 162-168.

6. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis Revista de Saúde Coletiva*. 2014; 14(1):41-66.
7. Andrade SR, Meirelles BHS, Lazoni GMM. Educação Permanente em Saúde: atribuições e deliberações à luz da Política Nacional e do Pacto de Gestão. *Mundo saúde (Impr.)*. 2011; 35(4):373-38128.
8. Pinto ICM, Esperidião MA, Silva IV, Soares CM, Santos L, Fagundes TLQ et al . Trabalho e educação em saúde no Brasil: tendências da produção científica entre 1990-2010. *Ciênc. saúde coletiva*. 2013; Jun; 18(6):1525-1534. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000600002>.
9. Lopes AS, Vilar RLA, Melo RHV. O acolhimento na Atenção Básica em saúde: relações de reciprocidade entre trabalhadores e usuários. *Saúde debate*. 2015; 39 (104):114-123.
10. Merhy EE. O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde: um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo. In: TEIXEIRA, SF. *Democracia e Saúde*. São Paulo: CEBES/LEMOS; 1998.
11. Merhy EE. Engravidando as palavras: o caso da integralidade. In: Pinheiro R, Mattos R. *Construção Social da Demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/ABRASCO; 2005.
12. EPS Em Movimento. Um mergulho no mundo do trabalho em saúde. 2014. Disponível em: <<http://eps.otics.org/material/entrada-textos-em-cena/um-mergulho-no-mundo-do-trabalho-em-saude>>. Acesso em: 18 mar. 2018.
13. Afonso MLM, Abade FL. Para reinventar as rodas. Rede de Cidadania Mateus Afonso Medeiros. RECIMAM: Belo Horizonte; 2008.
14. Melo RHV, Felipe MCP, Cunha ATR, Vilar RLA, Pereira EJS, Carneiro NEA. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2016; 40(2):301-309. <https://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v40n2e01692014>.
15. Félix-Silva VA, Nascimento MVN, Albuquerque MMR, Cunha MSG, Gadelha MJA. A tenda do conto como prática integrativa de cuidado na atenção básica. Natal: EDUNP; 2014. 78p.
16. EPS Em Movimento. Tenda do conto. 2014. Disponível em: <<http://eps.otics.org/material/entradaexperimentacoes/tenda-do-conto>>. Acesso em: Acesso em: 18 mar. 2018.
17. Andrade, AD. A metáfora no discurso das ciências. Recife: Editora UFPE; 2012.
18. Ferreira ABH. *Novo Dicionário da Língua Portuguesa*. 2ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1986. p.1368.

19. Feuerwerker LCM, Merhy EE. Como temos armado e efetivado nossos estudos, que fundamentalmente investigam políticas e práticas sociais de gestão e de saúde? In: Mattos RA, Baptista TWF. Caminhos para análise das políticas de saúde. Porto Alegre: Rede Unida; 2015. p. 290-305.
20. Feuerwerker LCM. Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação. Porto Alegre: Rede Unida; 2014.
21. Savassi L, Lage J, Coelho F. Sistematização de um instrumento de estratificação de risco familiar: Escala de risco familiar de Coelho Savassi. J Manag Prim Health Care. 2012; 3(2):179-185.
22. Lima A. A propósito da metáfora. Recife: Editora UFPE; 2014.
23. Lima JVC, Turini B, Carvalho BG, Nunes EFPA, Lepre RL, Mainardes P, et al. A educação permanente em saúde como estratégia pedagógica de transformação das práticas: possibilidades e limites. Trab. Educ. Saúde. Jul./out, 2010; 8(2):207-227.
24. Rede de Profissões de Saúde - Enfermagem & Obstetrícia do Departamento de Recursos Humanos para a Saúde. Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2010.
25. Pereira IB, Stanffer A. Formação docente, cidadania e o trabalho na saúde. In: Pinheiro R, Silva JR AG. Cidadania no cuidado: o universal e o comum na integralidade das ações de saúde. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ/ABRASCO; 2011. p. 211-225.

Recebido: 15/05/2018
Aprovado: 30/10/2018