



ciência plural

EDUCAÇÃO PERMANENTE COMO INSTRUMENTO DE MUDANÇA NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE COM FOCO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Permanent education as changing tool in the attention network in the health with focus on the family health strategy: a report of experience

Lis Cardoso Marinho Medeiros • Profª Drª da Universidade Federal do Piauí (UFPI). Coordenadora do Núcleo de Estudos, Pesquisa e Extensão em Educação Permanente para o SUS-NUEPES da UFPI. Email: liscmm@oi.com.br

Resumo

Introdução: A Educação Permanente é aquela realizada com as pessoas em serviço, sem dele se afastarem. Parte da reflexão sobre a realidade do serviço e das necessidades existentes para então formular estratégias que ajudem a solucionar os problemas encontrados. **Objetivo:** Relatar uma experiência de qualificação e sua estratégia metodológica, visando contribuir com capacitações posteriores para profissionais da área da saúde. **Metodologia:** O curso de qualificação foi planejado como um projeto piloto e aplicado entre trabalhadores da Estratégia Saúde da Família-ESF em Teresina, no Estado do Piauí utilizando a concepção pedagógica da problematização. Participaram cerca de 10% da totalidade de equipes implantadas no estado. **Resultados:** Os resultados mostraram que a seleção dos profissionais da ESF precisa ser melhorada, que é importante um acompanhamento dessas equipes, para discussão de pontos críticos e avanço no alcance das metas e que o treinamento introdutório da equipe, com abordagem sobre políticas de saúde, procedimentos, fichas, formulários, indicadores epidemiológicos é indispensável para que os profissionais possam de fato conhecer o ambiente e a população que vão trabalhar, para que possam estreitar relações, formar vínculos, melhorando o acesso da população, a resolutividade dos problemas e o serviço possa cumprir plenamente sua missão social. **Conclusão:** Conclui-se que apesar das dificuldades, inclusive de aceitação e participação no curso, este conseguiu promover uma mudança de atitude de alguns participantes, pois a aplicação da educação permanente no processo ensino-aprendizagem desses trabalhadores da saúde foi capaz de conduzir à reflexão da práxis com mudanças no processo de trabalho.

Palavras-chave: Educação Continuada; Capacitação em Serviço; Atenção Primária à Saúde.

Abstract

Introduction: Permanent Education is performed by people who are doing service without leaving it. It starts with the reflection on the reality of the service and the existing needs, and then it develops strategies in order to help in fixing current problems. **Objective:** Report a qualifying experience and methodological strategy in order to contribute with further training for health professionals. **Methodology:** The qualification course was planned as a pilot project, and it was applied among professionals to the Family Health Strategy (FHS) in Teresina, Piauí, using the pedagogical of questioning. **Results:** The selection of FHS professionals need to be improved, and it is important to follow up how the teams are working in order to discuss about crisis points and achievement of the goals. In addition, the introductory training of the team, which approaches on health policies, procedures, records, forms, and epidemiological indicators, is indispensable because the professionals should know about the environment where they are going to work, as well as they should know about their co-workers since it is important that they strengthen their relationships, improving the access to the population and the solving of problems, thus the service can comply fully its social mission. **Conclusion:** It is possible to conclude that, despite the difficulties including acceptance and participation, the course was able to change the attitude of some participants because the implementation of Permanent Education in the teaching-learning process of these health professionals could lead to reflection of praxis with changes in the work process.

Keywords: Education, Continuing; Inservice Training; Primary Health Care.

Introdução

A formação acadêmica dos profissionais da saúde tem se constituído em um grande problema nos serviços de saúde. O profissional é muito bem formado tecnicamente, mas numa lógica que foge totalmente às necessidades dos serviços de saúde, principalmente quando é inserido na Estratégia Saúde da Família (ESF). Os cursos de graduação da área da saúde não incorporam transversalmente a educação permanente e a saúde pública na formação de seus alunos¹.

Ao contrário do que se espera encontrar, após o término das graduações, os profissionais são absorvidos pelo mercado de trabalho existente, hoje fortemente representado no que se refere ao serviço público, notadamente pela Estratégia Saúde da Família, dentre algumas alternativas, sem o devido preparo técnico e aptidão profissional para se estabelecer no serviço público. A corrida dos gestores para treinar as equipes de saúde, sem planejamento e sem levar em conta as habilidades e competências do profissional, bem como as necessidades reais da população da família também contribui para o caos no acesso do usuário ao Sistema Único de Saúde (SUS). Os recursos investidos são muitos, mas o retorno dos níveis de saúde segundo mostra os dados epidemiológicos é muito aquém do desejado. O grande problema deste descompasso é principalmente a formação acadêmica pautada no modelo biomédico e na fragmentação do saber^{1,2,3}.

A complexidade fica ainda maior em situações concretas, nas quais a presença de saberes tradicionais, das culturas ou a produção de sentidos ligada ao processo saúde-doença, bem como do cuidado e a qualidade de vida, não guardam conexão entre si, pertencendo a lógicas distintas do modelo racional científico vigente entre os profissionais de saúde e a população. Dessa forma, torna-se muito difícil o consenso e o entendimento, pois não haverá composição de saberes entre profissional-paciente e muito menos uma clínica que fale da vida real, uma clínica com capacidade terapêutica e resolutiva⁴.

A necessidade de reconstrução dos modelos de gestão impulsiona o surgimento de novas abordagens como a gerência participativa e os programas de qualidade que preconizam, dentre outras, a descentralização das decisões e aproximação de todos os integrantes da equipe de trabalho, onde o propósito é estimular a participação do trabalhador na discussão, na tomada de decisões e no aperfeiçoamento constante do processo de trabalho, tendo como base norteadora a Educação Permanente em Saúde (EPS)⁵.

Um dos entraves à concretização das metas de saúde tem sido a compreensão da gestão sobre a formação como atividade secundária à formulação de políticas de atenção à saúde, sem valorizar as políticas de gestão setorial, as ações e serviços de saúde, como atividade finalística da política setorial⁶.

Como estratégia de mudança e colaboração na melhoria dos serviços de saúde, a Secretaria de Estado da Saúde do Piauí (SESAPI) juntamente com a Universidade Federal do Piauí (UFPI) investiram em capacitar os trabalhadores inseridos na Estratégia Saúde da Família (ESF) de alguns municípios do Estado. Esta qualificação não representou apenas um curso para os egressos da academia, mas, uma aplicação metodológica construtivista percebida na elaboração do projeto, onde a sua construção coletiva de conteúdos e de sua execução propriamente dita revelaram eixos temáticos importantes no processo de educação.

Para fortalecer essa metodologia, surgem as idéias de Paulo Freire que se desenvolvem a partir de uma concepção do conhecimento, em que o ato de educar objetiva a conscientização e a autonomia do educando, de modo que a educação é vista como a construção e reconstrução permanente de significados de determinada realidade e, assim, prevê a possibilidade de o indivíduo agir sobre essa realidade. A ação vai ocorrer pela consciência de que a realidade é dinâmica e é fruto de uma construção social e histórica, razão por que pode ser alterada, relativizada e transformada⁷.

Nesse sentido, a prática educativa deve ser crítica, libertadora, conscientizadora, científica, ética e, acima de tudo, humanista, onde o ato educativo é essencialmente político e dialógico. Político porque a opção metodológica que carrega em si reflete uma intencionalidade, que é, em sua essência, ideológica. Dialógico porque a construção dos significados se dá pelo debate, pelo diálogo democrático entre educador, educando e objeto do conhecimento. Para Paulo Freire, o educador, chamado de animador de debates, tem o papel de coordenar e problematizar as discussões para que as idéias, opiniões e os relatos apareçam espontaneamente no grupo. Nesses debates, a realidade dos educandos é o ponto de partida a ser investigado e discutido detalhadamente, para permitir uma maior percepção de seus aspectos e o desenvolvimento de uma nova visão, que promova a análise crítica e possibilite a intervenção com potencial de transformação dessa realidade⁸.

As organizações e instituições precisam permitir a capacitação e acompanhamento com foco na evolução, traçando estratégias que irão orientar o caminho, investindo nos trabalhadores/clientes internos, oportunidades de aprendizagem contínua, para que possam satisfazer as suas necessidades pessoais e profissionais⁹.

O Pólo de Educação Permanente em Saúde registra uma singular etapa de sua construção, não havendo identidade (imagem e produção única) entre os projetos de cada um, o que há é uma espécie de personalidade entre eles (constroem-se desde um plano de educação, mas também de singularização na saúde). Essa heterogeneidade, entretanto, longe de depor contrariamente à sua implementação, justifica a sua importância como instância política. Diferentemente da noção programática de implementar práticas previamente selecionadas e com um currículo dirigido ao treinamento de habilidades, a política de educação permanente em saúde congrega, articula e coloca em roda/em rede diferentes atores, destinando a todos um lugar de protagonismo na condução dos sistemas locais de saúde¹⁰.

Todos os conteúdos dos módulos seguiram a concepção pedagógica fundamentada na teoria de Paulo Freire tendo como essência do processo ensino aprendizagem, a reflexão crítica, onde o participante do curso foi

transformado em um ativador de mudanças nos serviços de saúde, o que a priori significa mudança de atitude. O professor/tutor foi um facilitador da aprendizagem e os alunos como os instrutores, intermediadores do saber¹¹.

Nesse contexto do processo de aprendizagem, a mudança é capaz de acontecer quando o homem capta, compreende a realidade e não está reduzido a um mero espectador ou transformado em objeto, cumpridor de ordens pré-determinadas, a fim de operacionalizar o cuidado em uma visão problematizadora^{8,10}.

A problematização surge no sentido de concretizar no ambiente de aprendizagem o diálogo plural dos atores. Em verdade não seria possível a educação problematizadora que rompe com os esquemas verticais característicos da educação bancária, realizar-se como prática de liberdade, sem superar a contradição entre educadores e educandos. Como também não lhe seria possível fazê-lo fora do diálogo¹².

A Metodologia da Problematização foi escolhida como fundamentação teórica que na prática é visualizada conforme Método do Arco, de Charles Maguerez, do qual se conhece o esquema apresentado por Bordenave e Pereira. Nessa estrutura constam cinco etapas que se desenvolvem a partir da realidade ou um recorte da realidade, quais sejam: Observação da Realidade; Teorização; Hipóteses de Solução e Aplicação à Realidade (prática), esquema proposto na Metodologia da Problematização como metodologia de ensino, de estudo e de trabalho, para ser utilizada sempre que oportuno, para mudança de atitude dos trabalhadores inseridos no curso¹³.

Qualificar profissionais da ESF, utilizando-se da estruturação lógica da educação permanente tem sido um desafio. A Educação Permanente em Saúde, ao mesmo tempo em que disputa pela atualização cotidiana das práticas segundo os mais recentes aportes teóricos, metodológicos, científicos e tecnológicos disponíveis, insere-se em uma necessária construção de relações e processos que vão do interior das equipes, para uma atuação conjunta, incluindo seus agentes, as práticas organizacionais, compreendendo a instituição e/ou o setor da saúde. Quanto às práticas interinstitucionais e/ou intersetoriais, entendem-se as políticas nas quais se inscrevem os atos de saúde^{4,6}. Fundamentado nesse arcabouço teórico este artigo tem como objetivo descrever o conteúdo e estratégia metodológica do curso de Qualificação em Educação Permanente para Atenção Básica da SESAPI em parceria com a UFPI, assim como, pretende contribuir como instrumento pedagógico de outras capacitações para profissionais da área da saúde.

Metodologia

O curso constituiu-se de oito módulos de aprendizagem: Módulo 1) Introdutório - 80 horas, sendo 40 presenciais e 40 à distância; Módulo 2) Saúde da Mulher - 40 horas (20 presencial e 20 à distância); Módulo 3) Saúde da Criança e do Adolescente (20 presencial e 20 à distância), Módulo 4) Saúde Mental (20 presencial e 20 à distância), Módulo 5) Saúde do Adulto e do Idoso (20 presencial e 10 à distância), Módulo 6) Promoção da Saúde (20 presencial), Módulo 7) Vigilância em Saúde (20 presencial) e Módulo 8) e Seminário Avaliativo (40 horas presencial).

O município pólo se constituía naquele que oferecia estrutura de logística e de acesso adequados. Para cada município pólo a turma foi formada com trabalhadores de municípios da própria cidade e de cidades circunvizinhas. Desta maneira foram formadas oito turmas, (01) uma no município de Corrente distante da capital 930 km, (02) duas na cidade de Bom Jesus, (01) uma no município de Colônia do Gorjeia, (03) três na cidade de Floriano e (01) uma no município de Urucuí. No total foram qualificados 256 (duzentos e cinquenta e seis) trabalhadores participantes de equipes de vinte municípios piauienses, o que ainda representa um quantitativo muito pequeno (cerca de 25%) em relação ao total de equipes implantadas no estado, que soma mais de mil.

O treinamento foi iniciado apresentando-se a construção da proposta e em seguida a elaboração dos conteúdos com a metodologia empregada ressaltando todas as dificuldades encontradas e suas respectivas estratégias de enfrentamento.

A 1ª fase da estruturação da ideia desse treinamento nasceu em 2007 na Coordenação de Educação Permanente em Saúde/Gerência de Desenvolvimento e Qualificação - GDQ, a partir do desejo em oferecer capacitações voltadas para o cotidiano dos serviços, em que as ações educativas possam impactar na prática dos profissionais de saúde, conforme preceitua a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, em sua Portaria GM/MS 198, de 14/02/04 (Ministério da Saúde, 2007), objetivando possibilitar estratégias de qualificação da atenção à saúde.

A GDQ convidou a Gerência de Atenção Básica para compartilhar responsabilidades nesse processo educativo, inicialmente com o Curso Introdutório para os Profissionais de Saúde Família, com base na Portaria N.º 2.527, de 19/10/06 que define os conteúdos mínimos desse curso. A cada encontro, novas idéias foram surgindo e ampliando os olhares no planejamento das ações. Fez-se presente nesse processo de construção a Universidade Federal do Piauí, onde paralelamente a equipe discutia o Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde, imbuída do compromisso de promover equidade no SUS, de modo que foi formulada a proposta de destinar 60% para qualificar a Atenção Básica, dos recursos da Política de Educação Permanente em Saúde, alocado para o Piauí em 2007, com base na Portaria GM/MS 1.996 de 20/08/07. A proposta foi bem assimilada e pactuada na Comissão Intergestores Bipartite, homologada pela Resolução N.º 066/2007 e aprovado pelo Conselho Estadual de Saúde.

A 2ª fase constituiu-se na elaboração coletiva de todos os conteúdos dos módulos tendo-se a contribuição das áreas técnicas da SESAPI que possuíam estreita relação com a ESF (saúde da criança, adolescente, mulher, homem, idoso, promoção da saúde e vigilância em saúde). Toda a equipe de instrutores e tutores foram previamente selecionados por Processo Seletivo Público. Os conteúdos foram trabalhados com vistas às políticas nacionais do Ministério da Saúde (MS) e utilizando-se a Pedagogia da Problematização, tentando adequá-la à educação permanente. A cada módulo executado os instrutores juntamente com os tutores que acompanhavam as horas do curso que aconteciam à distância repensavam a prática vivenciada e reconstruíam o próximo conteúdo. Nada era acabado e finalizado. Tudo era avaliado e reconstruído coletivamente no módulo ministrado. Para cada conteúdo executado os instrutores solicitavam previamente indicadores existentes e pactuados no município para cada módulo específico, ou seja, se o módulo fosse saúde da mulher eram solicitados os indicadores dessa área estratégica, e assim sucessivamente. Ao final de cada módulo a equipe dos trabalhadores inseridos no curso teria que elaborar a linha guia para área seguindo a lógica de planejamento das diretrizes operacionais do Ministério da Saúde que trabalha o conceito de rede de atenção.

Durante as reuniões coletivas nas etapas antes e após módulos foi feita uma avaliação subjetiva do desenvolvimento do conteúdo. Os instrutores e tutores juntamente com a coordenação que acompanhou a execução apresentavam e discutiam pontos considerados relevantes como, por exemplo, o não conhecimento dos profissionais de sua própria equipe de trabalho, de seu território, de sua população adstrita, indicadores pactuados. A partir destas discussões eram estabelecidos os indicadores de avaliação. Além disso, todo trabalho fez emergir instrumentos de avaliação que subsidiaram os resultados aqui apresentados.

Resultados

No desenvolvimento dos módulos, os instrutores reconheceram a necessidade de inovações e modificaram os métodos de ensinar fundamentados na pedagogia proposta pelo curso. Entretanto, a resistência foi grande por

parte dos alunos. Todos insistiram em carregar consigo os velhos métodos de ensino. Estes não sentem a necessidade de mudar o que vem sendo ensinado da mesma forma, por muitos anos. A dinâmica conduzida pelos instrutores foi muitas vezes rejeitada. Todos esperavam o conteúdo pronto.

Entretanto, seguindo a pedagogia da problematização^{8,9,14} os alunos foram induzidos a refletir primeiramente sobre os indicadores de cada área da ESF. Todo módulo iniciou-se com a discussão dos indicadores do município. Uns não conheciam, outros não conseguiram obter as informações na íntegra, outros nunca ouviram falar em pactuação de indicadores. Este era o problema. A discussão aconteceu de forma dialógica. Continuando as reflexões, eles se perguntavam pelos possíveis determinantes do problema, que abrangem as próprias causas já identificadas: seria o digitador, o trabalhador da saúde, o sistema, o protocolo?

Tal complexidade sugeria um estudo mais atento, mais criterioso, mais crítico e mais abrangente do problema, em busca de sua solução. Todos foram estimulados a uma síntese: a da elaboração dos pontos essenciais que deveriam ser estudados sobre o problema, para compreendê-lo mais profundamente e encontrar formas de interferir na realidade para solucioná-lo ou desencadear passos nessa direção.

A terceira etapa foi a da teorização. Esta foi realizada com leituras, com a própria aula teórica, projeção de vídeo, visita técnica. Essa etapa constitui-se a etapa do estudo, da investigação propriamente dita. Foi a busca da solução do problema. Os alunos construíram o planejamento estratégico das soluções de cada problema identificado para compor a linha guia do cuidado para área da ESF.

Durante a fase de execução dos módulos, os desdobramentos foram muitos, pois as revelações aconteciam naturalmente. No módulo do adolescente, por exemplo, foi uma unanimidade por parte dos trabalhadores desconhecerem: necessidades, vulnerabilidades, etc desta população. No módulo do idoso muitos desconheciam a ficha básica onde já existia um dos indicadores da Promoção (o sedentarismo). O desconhecimento era unânime, em todas as turmas.

Durante todas as etapas do curso houve um consenso: não basta entender o mundo a si mesmo, os sujeitos necessitam de atuar sobre as coisas. De fato, as políticas sociais ou de saúde, a constituição de sistemas e articulação de serviços específicos de saúde, bem como o próprio trabalho clínico ou sanitário, todos são meios através dos quais os profissionais procuram interferir de modo deliberado no processo de saúde e doença¹⁵. Este foi o objetivo do curso, estimular o pensamento reflexivo no mundo do trabalho para assim mudar as atitudes no atendimento ao usuário do SUS.

Discussão

A discussão de Educação Permanente em Saúde foi adotada para dimensionar o caminho dos trabalhadores, na ampla intimidade entre formação, gestão, atenção e participação nesta área específica de saberes e de práticas, mediante as intercessões promovidas pela educação na saúde (a educação intercede pela saúde, ofertando suas tecnologias construtivistas e de ensino-aprendizagem). Desse modo, a execução dessa meta se fez como política pública de maneira inédita no país, a partir da aprovação pelo plenário do Conselho Nacional de Saúde (CNS), pactuação na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e legitimação na 12ª Conferência Nacional de Saúde (Conferência Sérgio Arouca), da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, apresentada pelo Departamento de Gestão da Educação na Saúde (Deges), do Ministério da Saúde (MS)¹⁵.

Nessa perspectiva a EPS deve ser implementada como um recurso estratégico para a gestão do trabalho e da educação na saúde, possibilitando o ordenamento da formação e do desenvolvimento permanente dos trabalhadores¹⁶.

O curso de Qualificação em Educação Permanente para Atenção Básica teve como nó crítico inicial a estruturação das turmas. Para grande surpresa da coordenação foi a comprovação da não existência de equipe de saúde da família na grande maioria dos municípios. Era solicitado do município o encaminhamento dos nomes dos profissionais: médico, cirurgião-dentista e enfermeiro. Após o envio da relação à SESAPI realizou-se o check list com a atenção básica. Foram muitas as informações equivocadas principalmente no que se refere ao profissional médico. O município informava, mas os mesmos não constavam no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e no Sistema da Atenção Básica (SIAB). Havia também alguns profissionais que trabalhavam em um município e eram cadastrados em outro. Desta forma, essa foi uma fase muito difícil e ao final de todo trabalho resolveu-se considerar equipe em muitos dos municípios, aquele que apresentasse minimamente o enfermeiro e o cirurgião-dentista, pois se exigíssemos a equipe completa teríamos dificuldade de formar turmas.

A educação na saúde como política de governo encontra no gestor federal do Sistema Único de Saúde (SUS) a ordem do dia na agenda da saúde, ou seja, o cumprimento de compromissos até então postergados pelas áreas e setores de recursos humanos da saúde. Colocar a Educação Permanente em Saúde na ordem do dia para o SUS pôs em nova evidência o trabalho da saúde, um trabalho que requer: trabalhadores que aprendam a aprender; práticas cuidadoras; intensa permeabilidade ao controle social; compromissos de gestão com a integralidade; desenvolvimento de si, dos coletivos, institucional e político da saúde, além da implicação com as práticas concretas de cuidado às pessoas e às coletividades, no ensino e na produção de conhecimento¹⁶.

Este problema fez-se refletir sobre a categoria médica na ESF. Como estão sendo formados os médicos nas universidades? Qual a visão destes profissionais sobre o Sistema de Saúde? Quem é este profissional que se insere em um sistema o qual não vivenciou e nem possui aproximação ideológica com o trabalho na ESF? Quais os critérios de escolha dos gestores para a contratação destes profissionais e quais condições são previamente estabelecidas para o trabalho? Na maioria das vezes a resposta destes profissionais quando eram questionados por que estavam trabalhando naquele município era: *“estou economizando algum dinheiro para tentar a prova de residência médica”, “me aposentei, estava sem fazer nada, chamaram-me para trabalhar e aí aceitei”*.

Um médico chegou a relatar *“na minha vida já tenho tudo, não preciso mais trabalhar, fico aqui só para ganhar um pouco. Por isso não quero este curso”*. Outro ao final do curso disse *“este curso não me ensinou nada”*. São estes os discursos de alguns, se não da maioria destes profissionais que estão inseridos na ESF.

Entretanto, esta realidade não foi comum em todas as turmas. No pólo de Bom Jesus, por exemplo, os médicos surpreendiam a cada conteúdo trabalhado, onde relataram que nunca haviam se reunido com a equipe, não conheciam seu território, não conheciam sua equipe e com o curso as ações passaram a ser mais coletivas e reflexivas. Na avaliação final alguns relatos ratificaram o objetivo do curso, como: *“eu me tornei mais reflexivo”, “o curso proporcionou uma dinâmica de trabalho mais colaborativa entre os trabalhadores”, “o curso fez a compreensão da população adstrita, que antes era totalmente desconhecida”*, dentre tantos outros relatos, que embora reduzidos foram gratificantes para a equipe organizadora da capacitação.

O território deve ser compreendido como um espaço geográfico e um lugar de convívio, onde os contextos se inserem. O território não é físico ou geográfico: o trabalho ou a localidade. O território é de inscrição de sentidos no trabalho, por meio do trabalho, para o trabalho. Desejam-se como efeito de aprendizagem a prevalência da sensibilidade, a destreza em habilidades (saber-fazer) e a fluência em ato das práticas. Em um território será necessário explorá-lo, torná-lo seu, ser sensível às suas questões, ser capaz de movimentar-se por ele com ginga, alegria e descoberta, detectando as alterações de paisagem e colocando em relação a fluxos diversos, não somente cognitivos, não somente técnicos e não somente racionais, mas políticos, comunicacionais, afetivos e interativos no sentido concreto, isto é detectável na realidade^{4,6}.

Outro problema vivenciado no decorrer da execução foi a falta de conhecimento dos trabalhadores sobre os indicadores e ações básicas da ESF. Sempre que o módulo era iniciado, eram solicitados previamente aos alunos os indicadores relacionados àquela temática. Dificilmente os alunos traziam os indicadores. Eles não conheciam a pactuação do município. A sala de aula era um laboratório vivo do trabalho das equipes. Um dos programas mais trabalhado na estratégia é o hiperdia. Foi surpresa para os instrutores o desconhecimento de muitos alunos sobre a ficha deste programa. Muitos não conheciam a ficha e não havia um acompanhamento da medicação e de procedimentos de promoção nem sempre aplicados. Por falar em promoção da saúde, que se constitui na diretriz operacional na ESF, não houve muito interesse dos trabalhadores pelo tema, o que se traduziu em cerca de 50% dos alunos durante este módulo. Entretanto, é importante ressaltar que, para os que assistiram houve muitos contentamentos e satisfação chegando a surgir um projeto de intervenção para o município pólo de Bom Jesus.

No dia-a-dia percebem-se grandes dificuldades para transformar as práticas de saúde. A integralidade e a intersetorialidade têm muitas resistências para sua implementação, contudo, envolvem pensamento, saberes e práticas no ensino, na gestão, no controle social e na atuação profissional. Os gestores do SUS que querem transformar as práticas reclamam que os profissionais vêm para o SUS com formação inadequada, que os estudantes não são expostos às melhores aprendizagens e que as universidades não têm compromisso com o SUS¹⁷.

O Estado é inerte quando abandonado à própria sorte, é uma “casca vazia”. São os agentes de governo e da burocracia, sujeitos, portanto, que operam as estruturas estatais, enquadrados pelos limites de suas regras e normas. O sujeito interfere no mundo por meio da política, da gestão, do trabalho e de práticas cotidianas. Com esta finalidade busca conhecer ou pelo menos compreender a si mesmo e ao mundo da vida. Para isto os sujeitos interagem com outros sujeitos, constituindo espaços dialógicos em que há múltiplos resultantes conforme a capacidade e poder de cada um¹⁵.

Para pensar/providenciar a Educação Permanente em Saúde estão os componentes do Quadrilátero da Formação: análise da educação dos profissionais de saúde, buscando mudar a concepção hegemônica tradicional e mudar a concepção lógico-racionalista, elitista e concentradora da produção de conhecimento; análise das práticas de atenção à saúde, buscando a integralidade e a inclusão da participação dos usuários no projeto terapêutico como nova prática de saúde; análise da gestão setorial, buscando modos criativos e originais de organizar a rede de serviços, segundo a acessibilidade e satisfação dos usuários; análise da organização social, além do efetivo contato e permeabilidade às redes sociais que tornam os atos de saúde mais humanos e de promoção da cidadania¹⁶.

Observou-se que há uma busca constante dos gestores na habilitação das equipes da ESF, mas esta habilitação, nem sempre reflete uma inserção qualificada e com propósitos ideológicos do SUS. A rede de atenção não é estabelecida em nenhum município. Há um total desconhecimento a respeito e o curso pôde fazer os alunos pensarem nessa rede, que segundo Eugênio Vilaça tem como diretriz clínica a linha guia¹⁶. A linha-guia constitui um tipo singular de diretriz clínica, composta por recomendações preparadas, de forma sistemática, com o propósito de influenciar decisões dos profissionais de saúde e dos usuários a respeito da atenção apropriada, em circunstâncias clínicas específicas¹⁵.

A idéia da EPS é que os profissionais da saúde se aproximem cada vez mais dos pacientes, levando em conta as necessidades do lugar em que estes vivem. Este processo tem como pressuposto que para aprender não basta transferir conhecimento. Mais que isso: é preciso criar um ambiente propício à construção compartilhada do conhecimento, quando o “escutar” se torna mais importante que o “falar”. Daí o bom escutador depois fala e diz sua posição com desenvoltura^{17,18}.

A concepção do aprender a aprender como um processo evolutivo coloca nas decisões do homem contemporâneo a capacidade e a responsabilidade de ser um co-construtor de um projeto de aprendizagem desejado. Nesse ínterim a corresponsabilidade não está relacionada ao estabelecimento de um programa de aprendizagem que encaminha um diagnóstico das certezas, que não há improviso, nem inovação, que não sustenta uma dose fraca e superficial de obstáculos em seu desenrolar. O programa necessita de controle e vigilância computáveis. Desse modo, a proposição de estratégias de aprendizagem tende ao enfrentamento dos desvios e incertezas decorrentes da dinâmica educacional. Nesse processo dialógico, é importante agir estrategicamente e tirar proveito dos erros para se aperfeiçoar. A estratégia necessita não só de controle e vigilância, mas, principalmente, de competência, iniciativa e decisão^{3,17}.

O processo de formulação e implementação da política de educação permanente em saúde para o SUS é uma tarefa para coletivos, organizados para esta produção. As instâncias podem representar conquistas em ordens normativas, os dispositivos são sempre como máquinas de fazer ver e de fazer falar, operando idas e vindas entre o ver e o dizer¹⁸.

Dessa forma, o curso ao mesmo tempo em que avaliou muitos aspectos inerentes a incorporação de trabalhadores à ESF conseguiu estabelecer uma reflexão por parte dos trabalhadores sobre o seu processo de trabalho, gerando questionamentos e elaboração de planejamento coletivo de ações inéditas em alguns municípios.

Conclusões

Percebe-se que os gestores representam um nó crítico nas articulações dos saberes e que passo a passo, à medida que os profissionais são qualificados, muitas ações poderão ser implementadas melhorando e aumentando o acesso da população aos serviços de saúde. Qualificar trabalhadores com olhar crítico nos problemas locais, procurando soluções exequíveis, apoiadas na gestão e no controle social favorecerá a consolidação das ações de saúde e de cidadania num Estado democrático de direito.

Conclui-se que apesar de muitas dificuldades o curso promoveu um redirecionamento do saber e do saber fazer dos trabalhadores e pode-se dizer que somente a utilização da educação permanente nas capacitações voltadas, aos profissionais, trabalhadores da saúde é capaz de conduzir à reflexão da práxis com mudança de atitude.

Referências

1. Costa ICC; Araújo MNT. Definição do perfil de competências em saúde coletiva a partir da experiência de cirurgiões-dentistas. *Ciência e Saúde Coletiva*, 16(1):1181-1189, 2011.
2. Souza, GCA; Costa ICC. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. *Saúde e Sociedade (USP. Impresso)*, 19(1):509-517, 2010.
3. Costa ICC. Os sete saberes necessários à educação do futuro e o planejamento das ações de saúde: algumas reflexões e confluências. *Revista da ABENO*, 7(2):122-129, 2007.
4. Ceccim RB. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro 2005, Oct./Dec, 10(4): 975-986.
5. Freire, P. O que é método Paulo Freire. 8. ed. São Paulo (SP): Brasiliense; 1993.
6. Ceccim RB. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface – Comunic, Saúde, Educ* 2005, 9(16):161-168.

7. Freire P. *Conscientização: teoria prática da libertação, uma introdução ao pensamento de Paulo Freire*. São Paulo: Moraes; 1980.
8. Medeiros AC; Pereira QLC; Siqueira HCH; Cecagno D; Moraes CL. *Gestão participativa na educação permanente em saúde: olhar das enfermeiras*. Rev Bras Enferm, 2010. Brasília jan-fev; 63(1):38-42.
9. Siqueira, HC. *As interconexões do serviço no trabalho hospitalar – um modo de pensar e agir [Tese]*. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2001.
10. Berbel NAN. *Metodologia da Problematização no Ensino Superior e sua contribuição para o plano da praxis*. Semina, 1996, 17(esp): 7-17.
11. Ministério da Saúde (Brasil). Gabinete do Ministro. Portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004. Brasília: DF; 2004.
12. Ministério da Saúde (Brasil). Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.527, de 19 de outubro de 2006. Brasília: DF; 2006.
13. Medeiros LCM. *As plantas medicinais e a enfermagem: a arte de cuidar, de curar, de assistir e de transformar os saberes [tese]*. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Ana Nery; 2001.
14. Freire P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz; 2000.
15. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Curso de formação de facilitadores de educação permanente em práticas de saúde: unidade de aprendizagem – análise do contexto da gestão e das práticas de saúde*. Ministério da Saúde: Ministério da Saúde/FIOCRUZ; 2005.
16. Morin E. *Introdução ao pensamento complexo*. Lisboa: Instituto Piaget; 2001.
17. Campos GWS. *Clínica e Saúde Coletiva compartilhadas: teoria Paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde*. FIOCRUZ. Rio de Janeiro; 2006.
18. Mendes EV. *As redes de atenção à saúde*. ESP/MG: Belo Horizonte; 2009.

Recebido em: 11/01/2015. Aprovado em: 09/04/2015.